

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LICHTENBERGER ROGER

Né le 2 Janvier 1897, au Creusot

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de Saint-Lazare

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

DES NOURRISSONS

HYPOTROPHIQUES HÉRÉDO - SYPHILITIQUES

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LICHTENBERGER ROGER

Né le 2 Janvier 1897, au Creusot

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de Saint-Lazare

TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

DES NOURRISSONS

HYPOTROPHIQUES HÉRÉDO - SYPHILITIQUES

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCCO	Pathologie chirurgi- cale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.
HARVIER	Pathologie médicale.

MM.

HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUBESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET.	Clinique médicale.
LEREBoullet. . .	Clinique médicale in- fantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

*Hommage de respectueuse reconnais-
sance pour l'accueil bienveillant
qu'il nous a réservé dans son ser-
vice.*

A M. MARCEL MAILLET

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN CHEF DU CENTRE D'HYGIÈNE INFANTILE
(FONDATION PAUL PARQUET)

*Qui nous a inspiré l'idée de ce travail
et nous a constamment guidé de
ses précieux conseils.*

*En témoignage de notre respectueuse
affection et de notre vive gratitude
pour l'intérêt amical qu'il n'a cessé
de nous témoigner.*

A M. LE DOCTEUR GUINON
MÉDECIN DE L'HOPITAL BRETONNEAU

A M. LE DOCTEUR GUILLEMOT
MÉDECIN DE L'HOPITAL BRETONNEAU

Témoignage de respectueuse admiration et de bien vive reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR POUPARDIN
CHIRURGIEN DE SAINT-LAZARE

A M. LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON
MÉDECIN DE SAINT-LAZARE

Hommage de vive gratitude pour leur bienveillance à notre égard.

A M. LE DOCTEUR HAUTEFORT
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE NOTRE-DAME
DU PERPÉTUEL SECOURS

En témoignage de reconnaissance et de respectueux dévouement pour toute la sollicitude qu'il nous a témoignée.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR LEJARS	1919
M. LE PROFESSEUR SERGENT	1919
M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER	1920

Externat :

M. LE DOCTEUR DALCHE	1920
M. LE PROFESSEUR SERGENT	1920-1921
M. LE DOCTEUR SAINTON	1921-1922
M. LE DOCTEUR CHABROL	} 1922-1923
M. LE DOCTEUR FAROY	
M. LE DOCTEUR RAVAUT	1923-1924
M. LE DOCTEUR GUINON	1924-1925
M. LE DOCTEUR GUILLEMOT	1925-1926

Internat de Saint-Lazare 1924-1926

M. LE DOCTEUR POUPARDIN
M. LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

A M. LE DOCTEUR LEBLANC
MÉDECIN DES HÔPITAUX

A MM. LES DOCTEURS CAILLAU, NOËL PERON,
RAYMOND MUGNIER, HERBERT VAN DER HORST,
DRAGOMIRESCO.

Introduction

L'attention a été depuis longtemps attirée sur la fréquence des troubles de la croissance chez les nourrissons hérédosyphilitiques et, dans ces dernières années, on a insisté tout particulièrement sur la nécessité de rechercher cette cause héréditaire lorsque, chez les bébés hypotrophiques, les arrêts ou les retards de développement ne peuvent être attribués à une cause évidente, alimentaire, digestive ou infectieuse.

Les troubles de la croissance, les phénomènes de dénutrition, que l'on observe chez les hérédosyphilitiques, sont susceptibles de déterminer les types cliniques les plus variés et en particulier les deux grands syndromes décrits sous le nom d'hypotrophie ou de cachexie des nourrissons (1) : dans l'un, le retard d'accroissement pondéral ou statural ne s'accompagne pas de dénutrition apparente ; le nourrisson n'est pas amaigri, il semble plus jeune

(1) NOBÉCOURT. — Des hypotrophies et des cachexies des nourrissons (Arch. méd. enf. XIX, 1916). Considérations sur les cachexies des nourrissons pendant les premiers mois de la vie (Arch. Brasil. méd. VI, n^{os} 11 et 12, nov. et déc. 1916).

que son âge. Il s'agit dans ce cas d'un hypotrophique (Variot). Dans le deuxième syndrome, le nourrisson présente au contraire un amaigrissement plus ou moins marqué, une fonte véritable des tissus : c'est alors un cachectique. Cette cachexie revêt, avant quatre mois, les caractères spéciaux de l'athrepsie de Parrot (1), de l'atrophie ou de l'athrepsie-atrophie de Lesage (2). Avant d'atteindre ce stade ultime de la cachexie, l'enfant passe par les deux phases ou degrés décrits par M. le Professeur Marfan sous le nom d'hypothrepsie légère et d'hypothrepsie moyenne (3).

M. le Professeur Nobécourt a insisté sur l'intérêt qu'il y a de bien distinguer ces états de dénutrition, qui ne sont d'ailleurs pas essentiellement indépendants les uns des autres. Ils ont des points communs et la limite qui les sépare est facilement franchie (4).

Les troubles du développement chez les hérédosyphilitiques, déjà signalés avant Fournier, ont été pour la première fois systématiquement étudiés par cet auteur. La fréquence relative de la syphilis, à l'origine des hypotrophies et des cachexies du nourrisson, fut depuis très diversement appréciée.

(1) PARROT. — Athrepsie, 1897.

(2) LESAGE. — Athrepsie, atrophie des nourrissons, ses limites (*Paris Méd.*, 6 déc. 1918). Essais sur l'atrophie des nourrissons (*Méd. Inf.*, fév. 1914).

(3) MARFAN. — Athrepsie (*Presse Médicale*, 1896).

(4) NOBÉCOURT. — Les hypotrophies de la petite enfance. Troubles de la nutrition et de la croissance (*Clinique Méd. enf.*, Masson 1926).

Pour M. Barbier (1), chez les atrophiques de quelques mois à 2 ans, la proportion des hérédosyphilitiques (les syphilitiques avérés étant exclus) s'élève à 42 % et cet auteur considère ce nombre comme inférieur à la réalité.

M. Lesage et Mlle Kourianski (2) ont trouvé, chez les débiles et les atrophiques qui ne présentaient pas de signes avérés de syphilis, 25 à 35 % de séro-réactions positives. On sait la fréquence du Wassermann négatif chez les hérédosyphilitiques, ce nombre est bien au-dessous du chiffre global des atrophies syphilitiques héréditaires.

Éliminant les hypotrophiques de cause alimentaire ou digestive ou de cause infectieuse, ne retenant que ceux pour lesquels on ne trouve aucune autre cause que la syphilis et les hypotrophiques pour lesquels on ne trouve pas de cause avérée, MM. Nobécourt et Lebée (3) ont pu faire la preuve de la syphilis dans 20 à 30 % des cas.

Ces trois statistiques se rapportent à des hypotrophiques ou des cachectiques ne présentant pas de signes évidents de syphilis, c'est-à-dire à des formes

(1) BARBIER. — Réaction de Bordet chez les hérédosyphilitiques simplement atrophiques et sans manifestations actives apparentes de syphilis. Classification des atrophies. (*Arch. Méd. enf.*, XXII, avril 1919).

(2) LESAGE et Mlle KOURIANSKI. — Note sur la débilité et sur l'atrophie congénitales syphilitiques et leur traitement (*Le Nourrisson*, juillet 1919).

(3) NOBÉCOURT et LEBÉE. — Hypotrophie de la première enfance et syphilis congénitale (*Bull. de la Société de Péd.*, sept. 25 et *Cont. de la syph.* Her, Paris, 5-7 oct. 25).

frustes ou atténuées de la syphilis héréditaire. Il est essentiel en effet, au milieu des multiples manifestations de cette affection, de bien isoler, au point de vue clinique, deux grandes formes :

1° La *forme septicémique*, efflorescente, où l'hypotrophie s'accompagne rapidement de phénomènes de dénutrition, de cachexie. Les troubles du développement ne sont alors qu'un symptôme surajouté aux manifestations cutanées, muqueuses, viscérales et osseuses.

2° La *forme mono-symptomatique*, à manifestations atténuées ou isolées, la plus fréquemment rencontrée, où l'hypotrophie est le symptôme dominant, parfois même la seule manifestation d'une syphilis occulte (Barbier) ; elle rentre alors dans le cadre des syphilis larvées (1), où l'hypotrophie prend le masque d'une hypotrophie banale, alimentaire ou digestive.

Nous avons pu observer pendant cette année, au Centre d'Hygiène Infantile (Fondation P. Parquet), un nombre important de nourrissons arrêtés dans leur développement. M. Maillet, médecin chef de ce service, a bien voulu nous donner toutes facilités pour étudier les bébés hypotrophiques, de quelques jours à trois ans, venant des hôpitaux et ad-

(1) Conférence de la syphilis héréditaire (5-7 oct. 25).

mis au centre de convalescence pour suivre les traitements nécessités par leur état.

La Fondation P. Parquet, due à l'admirable générosité de Mme Paul Parquet et organisée selon les données les plus modernes de l'hygiène par M. le P^r Nobécourt et par M. Maillet, est un établissement exclusivement réservé aux nourrissons sortant des hôpitaux de l'Assistance publique ou suivis régulièrement aux consultations de ces hôpitaux. Y sont admis les enfants, de quelques jours à 3 ans, qu'une maladie aiguë a fortement débilités, les hypotrophiques et les atrophiques, d'une façon générale les nourrissons dont la croissance est en souffrance.

L'immense majorité des nourrissons de ce centre sont des hypotrophiques à des degrés divers et quelques-uns sont des cachectiques plus ou moins graves. Les causes les plus variées sont à l'origine de ces arrêts ou retards de développement et de ces troubles de la nutrition. Parmi ces enfants on rencontre un nombre important d'hérédo-syphilitiques, aussi M. Maillet a-t-il réservé un service spécial à ces sujets et organisé leur traitement systématique dans des conditions rigoureuses de soins et de temps.

Le traitement par voie buccale a retenu tout particulièrement son attention ; dans un nombre relativement important de cas bien déterminés, il s'en est tenu à ce mode de traitement en instituant une triade thérapeutique : arsenic, mercure, opothérapie et il a obtenu les résultats les plus intéressants.

M. Maillet a bien voulu nous autoriser à rassembler ces faits et à suivre plusieurs de ces petits malades. L'exposé de la méthode suivie et des résultats obtenus fait l'objet de ce mémoire.

CHAPITRE I

Le traitement mixte par voie buccale

Nous n'envisagerons pas le traitement de la syphilis héréditaire, en général ; ni davantage le traitement de l'hypotrophie hérédo-syphilitique, dans son ensemble, le cadre en est trop vaste. A côté de la médication spécifique, il comprend des soins minutieux et attentifs concernant : l'hygiène, qui doit être scrupuleusement surveillée, et l'alimentation, particulièrement délicate à bien mener chez les enfants du premier âge gravement compromis dans leur nutrition.

Nous limitons l'étude de cette méthode de traitement par voie buccale, aux *formes à manifestations atténuées* et aux *formes larvées* de la syphilis héréditaire ; à ces formes si fréquentes où l'infection ne se manifeste que par un minimum de symptômes dont, le groupement seul, permet d'en reconnaître l'origine. Dans la majorité des cas,

ce traitement fut employé chez des nourrissons hypotrophiques ou cachectiques ne présentant pas de signes avérés de syphilis. La cause des troubles du développement et de la nutrition n'a pu être établie, que par un ensemble de signes de probabilité, par une enquête familiale approfondie et parfois par une réaction sérologique positive.

Devant la gravité de certaines hypotrophies ou cachexies, gravité clinique ou sérologique, le traitement par voie digestive cède le pas au traitement arsenical sous-cutané ou intra-musculaire. Il est alors réservé pour des cures ultérieures d'entretien.

Multiple dans ses manifestations, la syphilis héréditaire du nourrisson pose, en effet, des problèmes thérapeutiques très variés. « Le traitement spécifique ne saurait être formulé comme une équation, les cas auxquels il s'adresse sont essentiellement variables ; il faut tenir compte, non seulement de la gravité des lésions, mais aussi de leur ancienneté, de l'âge, de la résistance, des réactions des sujets » (Hutinel) (1).

Chez l'hypotrophique, dont la résistance est amoindrie et qui, de ce fait, est particulièrement sensible aux médicaments, dans les formes de syphilis atténuées ou larvées, la nature et la manière

(1) HUTINEL. — Le terrain hérédo-syphilitique. (Masson, 1926).

d'administrer ces médicaments est aussi importante que l'évaluation de leur dose.

Ces formes occultes ou à manifestations atténuées de la syphilis héréditaire sont justiciables d'un traitement énergique, avec des médicaments spécifiques éprouvés ; mais la nécessité d'une action rapide, par un véritable traitement d'attaque, ne s'impose pas avec le caractère d'urgence que réclament les formes septicémiques. La voie digestive, avec les avantages qu'elle présente chez le nourrisson, semble indiquée dans ces formes. L'emploi des nouvelles préparations arsenicales, dérivées des acides arsiniques, qui conservent, par la voie buccale, une action comparable à celle des arsénobenzènes, rend cette méthode de traitement particulièrement intéressante.

Nous étudierons successivement :

1° Les médicaments dits spécifiques.

2° La médication opothérapique.

3° Le traitement mixte tel qu'il est institué à la Fondation Paul Parquet.

I. MÉDICAMENT SPÉCIFIQUE

Les arsénobenzènes gardent, par la rapidité de leur action sur la disparition des lésions et sur les réactions sérologiques, la place de premier plan dans le traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson.

Le bismuth, moins rapide et moins énergique, a une action plus régulière et plus tenace, sur la réaction de Wassermann en particulier.

Le mercure, moins actif, est plus durable dans ses effets et mérite, à ce titre, de ne pas être oublié mais associé, dans des cures alternées, aux deux autres médicaments spécifiques.

A l'heure actuelle, la nécessité du traitement mixte s'impose à tous les pédiatres, avec une médication majeure : l'arsenic et des médicaments de renfort ou de suppléance : le mercure ou le bismuth.

MÉDICATION ARSENICALE

Les dérivés de l'acide arsénique, dans lesquels l'arsenic est pentavalent, abandonnés depuis la découverte des arséno β enzènes, (composés arsénoïques à arsenic trivalent), ont été étudiés à nouveau ces dernières années. Deux d'entre eux furent introduits dans la thérapeutique ; ils se sont montrés doués de propriétés curatives intéressantes chez l'adulte et chez l'enfant. Malgré tout l'intérêt que présente, en médecine infantile, ces préparations administrées par voie buccale, leur étude n'a pas encore été entreprise, d'une façon systématique.

Le premier, de ces dérivés, préparé par M. Fourné et ses élèves (1), est l'acide oxyacétylamino-phénylarsinique ou *Stovarsol*.

(1) FOURNEAU. — *Annales de l'Institut Pasteur*, tome XXV, p. 571.

Le second est l'acide *oxyformilaminophénylarsinique* ou *Tréparsol*, préparé par MM. Lecoq et Ferrand.

Ces dérivés ont une analogie de structure avec les arsénobenzènes ; acides arsiniques et arsénobenzènes n'étant que les deux stades successifs d'une même série de réactions chimiques. Ils tiennent de leur fonction acide la propriété de donner des sels alcalins solubles absorbables par la muqueuse intestinale.

Ils présentent, à côté de leur facilité d'administration, les avantages suivants :

Leur *stabilité* : ils permettent d'avoir un corps cristallisé pouvant être abandonné à l'air sans subir d'altération, d'une conservation pratiquement indéfinie.

Leur grande *richesse en arsenic* :

27,2 % pour le Stovarsol;

28,7 % pour le Tréparsol.

Leur *toxicité faible* malgré leur teneur élevée en arsenic. Ces corps écartent, en supprimant la nécessité de dissoudre le composé arsenical, le danger des oxydations.

Leur *tolérance parfaite* et l'absence d'irritation sur le tube digestif.

Stovarsol et Tréparsol ne diffèrent, au point de vue chimique, que par les radicaux acétyle ou formyle, substituant le groupe amine primaire d'un même acide oxyaminoarsinique. L'acidylation d'une fonction amine primaire conduit à la forma-

tion d'amides susceptibles de se saponifier plus ou moins aisément *in vivo*, en régénérant d'une part l'acide oxyaminé libre, à effet spirillicide, d'autre part l'acide correspondant au groupe acidyle introduit. Ces amides sont d'autant plus actives que cette saponification se fait plus facilement ; en ce sens, on aurait intérêt à s'adresser de préférence à l'amide formylée moins stable que l'amide acétylée.

Le dérivé *acétylé* fut soumis à l'expérimentation animale par MM. Levaditi et Novarro Martin (1) et expérimenté chez l'homme par M. L. Fournier et ses élèves (2). Dans la syphilis infantile, il a été utilisé avec succès dans un cas présenté par mon maître M. Guillemot, à la Société de Pédiatrie, le 20 mai 1924 (3) puis par M. Dupérié et ses élèves (4).

Le dérivé *formylé* a été expérimenté chez l'adulte par M. Cl. Simon (5). L'ensemble de ses intéressantes recherches a fait l'objet de la thèse de M. Lemoine et fut publié dans son mémoire « questions actuelles de syphiligraphie » (6). Dans la syphilis infantile, MM. Cl. Simon et Flandin (7) ont montré les

(1) LEVADITI et NOVARRO-MARTIN. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1922, t. XXXVI, p. 46.

(2) FOURNIER, GUÉNOT et SCHWARTZ. — *Annales de l'Institut Pasteur*, n° II, nov. 1922, p. 729 et 746.

(3) GUILLEMOT. — Société de Pédiatrie, le 20 mai 1924.

(4) DUPÉRIÉ, CADENAULE et J. CLARAC. — *Gaz. Heb. Sciences Méd. de Bordeaux*, n° 29, 20 juillet 1924.

(5) CL. SIMON. — *Bul. Sté. Fce Derm. et Syphil.*, nov. 1923.

(6) CL. SIMON. — *Questions actuelles de syphiligraphie*, Legrand 1925.

(7) CL. SIMON et FLANDIN. — *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, mars 1925.

bons effets qu'ils ont obtenus avec le tréparsol chez des enfants présentant des troubles du développement et du caractère, de l'eczéma et de l'onyxis.

M. Cl. Simon signale, dans les questions actuelles de syphiligraphie, les résultats satisfaisants qu'il a obtenus chez 16 enfants ou sujets jeunes de 3 à 20 ans, présentant ou non des stigmates de syphilis héréditaire, mais tous issus de parents syphilitiques ou hérédo-syphilitiques.

Cet auteur insiste sur l'importance pratique du traitement par voie buccale chez les enfants en apparence sains, mais de parents syphilitiques. Dans ces cas les parents consentent difficilement à un traitement par piqûres.

M. Dupérié et ses élèves (1) ont montré les bons effets du tréparsol : sur des lésions cutanéomuqueuses chez un nourrisson de 2 mois 1/2, dans une syphilis viscérale à prédominance hépatique chez un hypotrophique anémique de 1 mois 1/2 et chez un enfant de 6 semaines présentant une maladie de Parrot.

Ces trois observations se rapportent aux formes septicémiques de la syphilis héréditaire précoce. « Si l'on compare, dit cet auteur, ces résultats à ceux obtenus chez des enfants du même âge, traités par des injections sous-cutanées ou intramusculaires, nous voyons que les premiers ne le cèdent en rien aux seconds ».

(1) DUPÉRIÉ, FAVREAU et CANTORNÉ. — *Gaz. Heb. Sc. Méd. Bordeaux*, 1925.

M. Cadenaule (1) a confirmé les résultats de Dupé-rié, il a montré les bons effets de cette médication arsenicale par voie buccale chez 6 nourrissons ; trois d'entre eux présentaient des lésions évolutives, cutané-muqueuses, les trois autres des manifestations atténuées (hypotrophie, rachitisme crânien).

A l'étranger, plusieurs observations espagnoles et brésiliennes ont montré l'activité du tréparsol dans la syphilis infantile. En Italie, cet arsenic a été expérimenté, sur une plus large mesure, par le P^r Flamini de Rome, et son assistant Brunetti.

Les 6 observations de M. Flamini (2), qui figurent dans le mémoire de M. Cl. Simon, se rapportent à des nourrissons de moins de 6 mois ne présentant que peu de signes cliniques, mais un Wassermann positif qui, dans tous les cas, fut négativé après 8 semaines de traitement.

Plus récemment, M. Brunetti (3) a communiqué les résultats d'une intéressante étude comparative sur l'action de l'arsénobenzène, du bismuth et du tréparsol, sur le Wassermann. La négativation, dans les 21 cas traités par le tréparsol, a été aussi rapide et aussi durable que dans les cas où l'injection d'arséno-benzène fut employée.

(1) CADENAULE. — *Gaz. Heb. Sc. Méd. de Bordeaux*, 27 juin 1926.

(2) FLAMINI. — *La Clinica Pediatrica Modène*, 1925.

(3) BRUNETTI. — *Annales des Maladies vénériennes*, mars 1927.

MÉDICATION MERCURIELLE

Le mercure, malgré son action plus lente et moins énergique, continue à jouer un rôle considérable dans le traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson. Pour M. le P^r Marfan le mercure doit rester le médicament de fond. Cet auteur réserve l'arsénobenzène aux accidents de syphilis en évolution, aux accidents sérieux et menaçants exigeant une intervention rapide ou lorsque la syphilis se manifeste par des localisations multiples (1).

Si les associations arséno-bismuthiques semblent avoir, à l'heure actuelle, la préférence des syphili-graphes dans la syphilis acquise, le traitement mixte arséno-mercuriel garde la faveur de la majorité des pédiatres (Marfan, Lesné, Comby, Lesage, Hallé, Péhu).

Les frictions sont, parmi les préparations mercurielles, celles qui gardent encore le plus de partisans (2) ; elles sont souvent employées à la Fondation P. Parquet et associées à l'arsenic et à l'opothérapie.

Dans la méthode par voie buccale, que nous étudions plus particulièrement, c'est la solution de lactate neutre de mercure qui a été la plus fréquemment utilisée.

(1) MARFAN. — Traitement de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson (Pédiatrie pratique, 15-25 juin, 5 juil. 1925).

(2) TIXIER et MAILLET. — Soc. de Pédiatrie, juin 1925.

Les *solutions* constituent une forme commode d'administration du mercure :

Le *bichlorure de mercure*, ou liqueur de Van Swieten, et de plus en plus abandonné : il a un très mauvais goût même mélangé au lait ; certains nourrissons le prennent difficilement. Il exerce une action irritante sur l'estomac et l'intestin.

Le *biiodure de mercure* est moins irritant que le sublimé mais moins actif.

Le *lactate neutre de mercure*, sous forme de solution au millième, proposé par Gaucher, a été vulgarisé et réglé dans son emploi par M. Marfan, suivant la méthode de François qui améliora le procédé de préparation de ce médicament. Cette solution n'est pas irritante pour le tube digestif, elle est plus active que le biiodure (1) et de ces trois préparations la solution de lactate neutre est la mieux tolérée par le nourrisson.

Les *poudres*, assez bien tolérées, sont difficiles à préparer et à doser ; leur action est inconstante comme celle de toutes préparations insolubles qui, devant être solubilisées dans l'organisme pour être agissantes, subissent des variations par leur transformation dans le tube digestif. L'expérience a montré que ces craintes n'existent pas avec la *poudre grise*, dont l'efficacité est réelle. Cette préparation est, pour M. Marfan, la seule à préconiser avec le lactate neutre chez les très jeunes enfants.

(1) MARFAN. — Loc. cit.

Parfois, il peut être intéressant d'employer le calomel, qui joint, à son action spécifique, une action stimulante sur le foie. Notre maître M. Ravaut (1) associe, par voie buccale, le calomel et l'arsenic, sous forme de pilules de novarsénobenzol, dans le traitement de l'eczéma ou d'autres dermatoses survenant sur un terrain hérédo-syphilitique. Ces faits sont signalés dans la thèse de M. Duval (2).

II. MÉDICATIONS OPOTHÉRAPIQUES (3)

Il est courant d'observer, chez un grand nombre de nourrissons à croissance lente ou nulle, quelle que soit la cause de leur hypotrophie, un état stationnaire de la croissance et de l'état général, malgré un traitement étiologique rationnel. On est amené à penser que la persistance de ces troubles nutritifs graves est sous la dépendance d'altérations plus ou moins profondes, ou du mauvais fonctionnement des glandes endocrines, qui sont par excellence les organes régulateurs de la nutrition.

(1) P. RAVAUT. — L'action des traitements antisypilitiques sur l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec des phénomènes de désensibilisation (Sté Méd. des Hôpitaux, 13 oct. 1922).

(2) M. DUVAL. — Eczéma et hérédité syphilitique (Thèse 1924).

(3) Nous ne pouvons rappeler les nombreux travaux entrepris sur les rapports de la syphilis héréditaire et des glandes endocrines. Nous indiquerons à la bibliographie les ouvrages les plus récents se rapportant à cette question. Nous nous sommes inspirés dans ce chapitre des conclusions du III^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de la langue Française (juillet 1926) où cette

Relativement bien individualisés dans la deuxième enfance, les manifestations endocriniennes ont le plus souvent, chez le nourrisson, trop peu de netteté pour permettre d'affirmer qu'elles sont sous la dépendance d'une glande déterminée. Souvent même, rien n'est capable d'attirer l'attention sur un trouble endocrinien et il ne faut pas s'attendre à trouver toujours un indice de ralentissement ou d'activité glandulaire.

La fréquence des altérations endocriniennes dans la syphilis héréditaire, le rôle important que jouent certaines glandes à sécrétion interne dans les troubles de la croissance justifient, chez les hypotrophiques hérédo-syphilitiques, l'association du traitement opothérapique au traitement spécifique.

D'autre part, la synergie des glandes endocrines est actuellement assez bien démontrée, pour qu'il puisse y avoir intérêt à s'adresser dans la majorité des cas à la médication pluri-glandulaire, sans

question était à l'ordre du jour et plus particulièrement des travaux suivants :

HUTINEL. — « Le terrain hérédo-syphilitique » (Loc. cit.). « Les seuils infranchissables dans l'hérédo-syphilis » (*Monde Médical*, déc. 1925).

HUTINEL et STEVENIN. — « Hérédo-syphilis et Dystrophie » (*Arch. Méd. enf.*, 1920).

HUTINEL et MAILLET. — « Dystrophie glandulaire » (*Arch. Méd. Inf.*, 1920).

NOBÉCOURT. — « Des hypotrophies et des cachexies des nourrissons » (Loc. cit.). « Syndromes endocriniens de l'enfance et de la jeunesse » (Flammarion, 1923) « Les hypotrophies de la petite enfance » (Loc. cit.).

avoir recours toutefois à une polypharmacopée endocrinienne, empirique. La médication pluri-glandulaire est particulièrement utile chez les nourrissons hérédo-syphilitiques, car chez eux, ainsi que l'a montré M. le professeur Hutinel, la majorité des glandes est intéressée.

Le traitement associé *renforce* la médication arsenicale ou mercurielle. Les signes cliniques, améliorés au début, restent souvent stationnaires malgré la continuation du traitement spécifique ; ils s'estompent peu à peu sous l'influence du traitement opothérapique et le développement de l'enfant reprend.

Souvent, lorsque le traitement spécifique est tardif ou insuffisant, l'enfant arrive à ne plus présenter que des signes d'insuffisance glandulaire et seul, le traitement opothérapique les améliore notablement. On est alors à cette limite d'action de la médication spécifique, sur laquelle M. le Professeur Hutinel a récemment insisté : Après une période de durée variable, on a obtenu une diminution de quelques troubles, une atténuation des symptômes, mais bientôt il apparaît que la médication spécifique demeure sans effet. On est en présence d'une barrière au-delà de laquelle on ne peut espérer de modification des signes cliniques : « d'un seuil infranchissable ». Il ne faut guère compter, dans ces cas, sur le traitement spécifique, si on ne lui associe la médication opothérapique. « L'opothérapie exerce plutôt une action de suppléance qu'une

action vraiment réparatrice et, pour donner des résultats satisfaisants, elle devra toujours être continuée pendant un temps très long » Hutinel (1).

Dans la majorité des cas, nous avons eu recours aux médications thyroïdiennes et surrénales associées.

a) *La médication thyroïdienne* peut être employée, non seulement chez les nourrissons présentant des signes d'insuffisance et d'instabilité thyroïdienne, mais chez beaucoup d'hypotrophiques. Les observations, recueillies par les auteurs, sur l'influence du traitement thyroïdien sur la croissance sont nombreuses, mais les résultats signalés sont inconstants. Ce traitement n'agit, pour les uns, que dans les cas où l'on peut soupçonner une altération du corps thyroïde, pour les autres au contraire, il ne faut pas limiter cette médication aux seuls cas où l'on constate des signes confirmés d'hypo ou de dysthyroïdie ; son emploi est indiqué chez tous les nourrissons retardés dans leur développement pondéral et statural.

On a proposé depuis longtemps, dans les hypotrophies et les états de dénutrition de la première enfance, quelle que soit leur cause, la médication thyroïdienne. Nous ne ferons que rappeler les travaux les plus récents.

(1) HUTINEL. — « Les seuils infranchissables dans l'hérédosyphilis » (Loc. cit.).

A l'étranger, J. W. Simpson (1) a montré les bons effets obtenus chez les athrepsiques avec cette médication. Il donne 0 gr. 02 par jour de poudre de corps thyroïde desséché à des enfants âgés de moins de neuf mois, le poids se met à augmenter, soit immédiatement, soit quelquefois au bout d'une ou deux semaines. Chez les syphilitiques, dont le poids ne change pas sous l'influence du mercure, l'opothérapie entraîne l'augmentation.

M. le Professeur Nobécourt et M. Max Lévy (2) ont relaté les bons effets des injections sous-cutanées de hautes doses d'extrait thyroïdien dans certaines cachexies des nourrissons. Plusieurs de ces observations ont été publiées dans la thèse de M. Max Lévy (3).

Le mode d'action de l'opothérapie thyroïdienne chez les nourrissons cachectiques est complexe (4) :

Elle supplée à la déficience des fonctions thyroïdiennes que l'on observe dans certaines cachexies ; elle agit en régularisant la nutrition, soit par action directe, soit en stimulant le corps thyroïde ; elle agirait aussi en régularisant le métabolisme de l'eau, dont on connaît le rôle dans la nutrition des nourrissons.

Etudiant la médication opothérapique, chez un

(1) J. W. SIMPSON. — *Le British Med. Journal*, du 30 avril 1910.

(2) P. NOBÉCOURT et LÉVY. — *Sté de Péd.* 9 fév.

(3) MAX LÉVY. — *Etudes sur les cachexies des nourrissons.* Thèse 1926.

(4) NOBÉCOURT. — *Opothérapie thyroïdienne à haute dose dans les états de nutrition et athrepsie du nourrisson* (Concours Méd., 3 juin 27).

grand nombre d'hypotrophiques, M. Maillet (1) a montré les bons résultats obtenus, par la seule médication thyroïdienne, chez certains nourrissons arrêtés dans leur développement. Il prescrit quotidiennement 0 gr. 01 ou 0 gr. 02 de poudre de corps thyroïde, par séries de 10, 15 à 20 jours, séparés par des périodes de repos de 10 jours. Sur 32 malades, 29 ont pris du poids et les accroissements pondéraux ont été de 150 à 500 grammes en 8 à 15 jours. L'opothérapie thyroïdienne exerce une action manifeste sur la taille et le poids, ainsi que sur le développement psychique et sur l'apparition des mouvements, et le même auteur considère que la médication thyroïdienne doit être *associée systématiquement au traitement spécifique chez les hérédo-syphilitiques*.

b) La médication *surrénalienne* est plus rarement employée, elle semble pourtant indiquée chez un grand nombre d'hypotrophiques présentant de l'asthénie et de l'anorexie.

c) Sans conclure sur l'action de la médication *hypophysaire*, M. Maillet a observé vis-à-vis du retard dans l'apparition des mouvements et quelquefois vis-à-vis du poids une action intéressante ; mais les résultats seraient moins constants et plus lents que ceux obtenus par la seule médication thyroïdienne.

(1) MAILLET. — L'opothérapie thyroïdienne chez certains nourrissons arrêtés dans leur développement (Sté de Péd. de Paris, 21 fév. 22).

« Sur la taille, au contraire, elle a une influence qui peut être rapide ; vis-à-vis du retard-psycho-physique, de l'anorexie, du développement du tissu osseux, de l'évolution dentaire, elle ne nous a pas paru avoir d'actions notables (1) ».

III. LE TRAITEMENT MIXTE

Les diverses considérations, que nous venons d'exposer, sont à la base même du traitement, que M. Maillet a institué systématiquement chez un grand nombre d'hypotrophiques hérédosyphilitiques et qui réalise une véritable triade thérapeutique.

Ce traitement comprend l'association, en cures alternées, séparées ou non par des périodes de repos :

- 1° D'un dérivé de l'acide arsinique.
- 2° De la solution au millième de lactate neutre de mercure.
- 3° De l'opothérapie.

Le dérivé de l'acide arsinique le plus fréquemment employé est le dérivé formylé ou tréparsol, et dans quelques cas seulement, le stovarsol fut utilisé.

Ces dérivés, dont la posologie sera précisée, sont donnés à la dose de 0 gr. 015 à 0 gr. 02 par kilogramme, à dose progressivement croissante.

(1) MAILLET. — Loc. cit.

Le lactate neutre de mercure est prescrit aux doses habituelles :

Au-dessous de 13 kilos, XIII gouttes par kilo.

Au-dessus de 13 kilos, XI gouttes par kilo.

Lorsqu'il est possible de dépister, chez l'hypotrophique ou chez le cachectique, des manifestations capables d'éveiller l'attention sur un trouble glandulaire, les indications de la médication opothérapique sont relativement précises. Cette détermination manque dans la majorité des cas, la préférence est alors donnée à deux extraits d'organe :

1° *L'extrait de corps thyroïde* organe régulateur de la nutrition.

2° *L'extrait total de capsules surrénales* pour son rôle dans l'asthénie et l'hypotonicité et l'anorexie, si fréquente chez les hypotrophiques.

L'opothérapie thyroïdienne est prescrite à la dose quotidienne de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 de poudre de corps thyroïde.

L'extrait de capsules surrénales est donné à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05.

L'hypophyse est plus rarement employée à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05.

Deux méthodes de traitement sont utilisées à la Fondation P. Parquet :

1° Dans la première, les cures arsenicales, mercurielles, opothérapiques, sont séparées par des intervalles de repos.

a) *Série arsenicale* : 4 jours de traitement et 3 jours de repos, pendant 5 semaines.

Après un repos de 10 jours :

b) *Série mercurielle* : 15 jours de lactate de mercure ; aux doses indiquées ci-dessus, données en 3 fois dans la journée.

c) En même temps, l'*opothérapie* (thyroïde, 0,01 à 0,02 ; surrénale, 0,03 à 0,05), prescrite pendant 10 jours, la dose quotidienne répartie en 2 fois dans la journée.

2° Dans la seconde méthode le mercure et l'*opothérapie* ne sont pas donnés simultanément et les différentes séries ne sont pas séparées par des intervalles de repos.

a) *Série arsenicale*, pendant 5 semaines, comme précédemment, suivie immédiatement par :

b) *Série mercurielle*, pendant 10 jours.

c) *L'opothérapie thyroïdienne et surrénale*, les 10 jours suivants.

MÉDICATIONS ADJUVANTES

Dans certains cas il peut être utile d'associer à ce traitement mixte une médication adjuvante, symptomatique.

L'actinothérapie a été pratiquée systématiquement chez les hypotrophiques rachitiques, anémiques ou spasmophiliques.

Parfois la médication anti-anémique ou tonique (sels, de chaux, phosphore, fer, iode, manganèse, sérum physiologique, hémostyl) a été utilisée.

Ces médicaments, en plus de leur action symptomatique semblent, dans certains cas au même titre que l'opothérapie, *renforcer* l'action des médicaments spécifiques.

CHAPITRE II

Les hypotrophiques hérédo-syphilitiques de la fondation P. Parquet Les cas traités par la voie buccale

1° LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES DE LA FONDATION P. PARQUET.

Les hérédo-syphilitiques, qui ont été soumis au traitement mixte par voie buccale, furent choisis parmi ceux qui *rentrent dans le cadre des formes à manifestations atténuées et des formes larvées*. Dans l'immense majorité des cas, les petits malades traités par cette méthode ne présentaient pas de signes avérés de syphilis ; un certain nombre même fut dépisté au Centre (30 cas), où la convalescence d'une infection aiguë, un retard de croissance d'origine alimentaire ou digestive les avaient amenés.

Nous préciserons, en quelques lignes, les sujets qui furent jugés justiciables du traitement par voie

digestive, car ce traitement s'adresse particulièrement à un groupe d'hérédo-syphilitiques assez bien déterminé, dont il y a intérêt à délimiter le cadre.

Sur un total de 680 hypotrophiques, admis à la Fondation depuis le 1^{er} janvier 1925, c'est-à-dire depuis 2 ans 1/2, la preuve de la syphilis a pu être faite, avec une certitude plus ou moins grande, dans 126 cas, soit 20 % environ.

La plupart des hypotrophiques, que nous avons pu suivre, ou dont nous avons pu relever les observations, ont plus de 4 mois :

17 ont de 0 à 4 mois.

39 ont de 4 mois à 12 mois.

70 ont plus de 12 mois.

C'est précisément après quatre mois que l'on rencontre avec la plus grande fréquence les formes atténuées, monosymptomatiques.

Ces manifestations localisées et atténuées peuvent succéder à la riche symptomatologie de la septicémie du début, mais souvent cette période initiale est insidieuse ou latente (virulence moindre des spirochètes, ancienneté de la syphilis des parents, influence du terrain....¹⁾) et ce sont les symptômes frustes, plus tardifs qui révèlent la syphilis.

Ce sont ces variétés de syphilis atténuée d'emblée et de syphilis larvée que l'on rencontre le plus fréquemment à la Fondation. Ce centre de convalescents ne reçoit pas, en effet, les formes efflorescentes et un petit nombre seulement de formes atté-

nuées, secondaires à des accidents septicémiques graves ; ces malades étant habituellement dirigés sur des consultations spéciales des hôpitaux.

a) La majorité de ces nourrissons sont des hypotrophiques simples, présentant un retard de croissance plus ou moins important. Il existe en général une dissociation entre le retard statural et pondéral. Si, dans certains cas, le poids et la taille sont proportionnellement diminués, donnant à l'hypotrophique l'aspect d'un enfant plus jeune, mais harmonieusement constitué « enfant miniature », le plus souvent le poids est plus faible par rapport à la taille, le nourrisson est petit et maigre, il paraît sec, réalisant le type commun de l'*hypotrophie simple*, décrit par M. le Professeur Nobécourt. Un deuxième type est plus rarement rencontré : le poids a subi un retard moins important que celui de la taille, le nourrisson se présente avec un embonpoint relatif. C'est l'*hypotrophie infiltrée*.

b) Quelques-uns de ces nourrissons ont, en plus de leur retard de développement, des troubles graves de la nutrition : ce sont des cachectiques à des degrés divers, des hypothrepsiques du premier degré, exceptionnellement des hypothrepsiques du second degré. Les hérédosyphilitiques cachectiques graves sont beaucoup moins fréquemment rencontrés dans un centre de convalescents.

A l'origine des troubles du développement et de la nutrition les causes sont très nombreuses. Si im-

portant que soit le rôle de la syphilis, il ne faut pas la voir partout. Sa fréquence est grande et elle peut s'associer à de multiples affections, dont elle modifie les allures. Malgré le grand nombre de manifestations que la syphilis est susceptible de réaliser il est indispensable, pour ne pas étendre inconsidérément son domaine, de se maintenir en terrain sûr et il faut, pour juger les effets d'un traitement, s'adresser à des cas indiscutables ou tout au moins très probables.

Les manifestations, susceptibles de fournir les éléments d'une conviction presque absolue, sont les signes de certitude de la classification généralement admise de M. le Professeur Marfan. Toutefois ces signes, nets et nombreux au cours de la période septicémique, dans les premiers mois de la vie, sont plus rares et peu précis au-dessus de 4 mois. L'origine de l'hypotrophie ne peut alors être affirmée que par le « groupement » d'un nombre suffisant de signes de probabilité ou soupçonnée par la présence d'un petit nombre d'entre eux.

1° Dans quelques cas l'hypotrophie est *isolée*, c'est l'enquête familiale ou le Wassermann qui permet d'en reconnaître l'origine. Quand elle est profonde et s'accompagne de cachexie, si on ne trouve pas de cause manifeste à cette hypotrophie, elle suffit, à elle seule, à faire soupçonner la syphilis.

2° Le plus souvent l'hypotrophie s'associe à un *ensemble de signes de probabilité*, dont les plus ty-

piques sont : les symptômes de rachitisme précoce, localisé aux os du crâne (la saillie des bosses frontales et pariétales, le cranio-tabès, le crâne natiforme ou avec seuil) ; l'écrasement de la racine du nez, les végétations adénoïdes, l'anémie, la splénomégalie (avec cuti-réaction négative, pour éliminer la tuméfaction de la rate en rapport avec une infection tuberculeuse).

3° Parfois enfin, la syphilis ne peut être soupçonnée que par des *indices de possibilité* et le traitement fut institué à titre d'épreuve.

II. LES INDICATIONS DU TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE.

Quelle que soit la pathogénie des différentes formes de la syphilis héréditaire (transmission de germes ou transmission d'une insuffisance glandulaire, endocrinienne), il semble logique, pour les indications thérapeutiques, de tenir compte, non seulement de la gravité, mais de l'évolution, de l'ancienneté des accidents et du traitement antérieur.

a) Dans les formes *septicémiques*, le traitement par voie digestive cède le pas au traitement où l'arsénobenzène en injection est employé.

b) Dans les formes à manifestations *atténuées*, en particulier, chez les hypotrophiques de 6 mois à 2 ans ne présentant qu'un minimum de symptômes, 2 cas sont à envisager :

1° L'anamnèse révèle des accidents virulents, dans les premiers mois de la vie : le traitement par voie buccale est suffisant comme complément d'un traitement antérieur intensif.

2° Si le traitement initial semble avoir été trop timide : la voie buccale ne trouvera sa place qu'ultérieurement, après quelques séries d'arsénobenzène sous-cutanées ou intra-musculaires.

c) S'agit-il au contraire de formes à manifestations ATTÉNUÉES D'EMBLÉE, de syphilis ayant passé inaperçue dans les premiers mois de la vie : le traitement par voie buccale est indiqué.

d) S'agit-il enfin de formes *larvées*, où la syphilis n'est souvent que soupçonnée ; c'est encore à cette méthode de traitement que l'on s'adressera. Il est superflu d'insister sur les avantages d'un traitement d'épreuve par voie buccale chez les nourrissons dont la syphilis n'est pas certaine.

III. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT.

Avant d'exposer le résultat des observations de la Fondation P. Parquet, nous rappellerons quelques considérations générales, sur la difficulté de porter un jugement sur une méthode de traitement.

Quatre points sont à noter particulièrement :

1° La syphilis évolue essentiellement par poussées successives ; c'est une affection cyclique ayant

des périodes d'activité, de réveil et des périodes de latence, parfois fort longues. Les poussées évolutives ont une tendance à l'amélioration spontanée.

Tout médicament, qui arrivera au décours d'une de ces poussées, améliorera momentanément le malade, mais ce mieux sera passager et de nouvelles poussées pourront ne pas être influencées de la même manière.

2° Nos observations concernent des nourrissons qui, pendant toute la durée du traitement, sont soumis à des conditions d'hygiène particulièrement favorables et à une alimentation très surveillée. On ne peut négliger l'importance de ces conditions de milieu et d'alimentation dans les améliorations obtenues, chez les hypotrophiques traités à la Fondation.

3° L'association de 3 médicaments rend difficile, souvent impossible, l'appréciation exacte de la valeur de chacun d'eux. Il est particulièrement délicat, par cette méthode de traitement mixte, de juger d'une façon absolue l'efficacité des dérivés de l'acide arsinique dont la valeur thérapeutique est encore à l'étude.

4° La majorité des hérédosyphilitiques ne présente qu'un minimum de symptômes cliniques, un grand nombre ont une réaction sérologique négative ; il est souvent difficile de trouver un critérium de guérison ou d'amélioration.

Devant cette difficulté de juger une méthode de traitement, nous avons recherché à quel symptôme il fallait s'attacher pour prouver son efficacité.

L'influence du traitement sur la marche de la réaction sérologique, sur la rapidité de sa négativation et sur son maintien dans le temps, est l'argument le plus sûr en faveur de son action. L'étude systématique des courbes sérologiques, avec examen mensuel ou hebdomadaire, n'a pu être entreprise à la Fondation. Le Wassermann fut recherché à l'entrée, le quinzième ou vingtième jour de réactivation et une ou deux fois au cours du traitement.

Nous ne nous attarderons pas sur la valeur des modifications des signes cliniques, spécifiques. Leur atténuation ou leur disparition est un argument de premier ordre, mais la persistance de beaucoup d'entre eux, liés à des lésions de sclérose peu accessibles aux médicaments spécifiques, n'est pas une preuve de l'inefficacité du traitement. Quelques séries arsenicales ou mercurielles ne peuvent modifier des lésions osseuses ou viscérales. Le rachitisme crânien, même d'origine syphilitique, est moins influencé par le traitement spécifique que par les rayons ultra-violets. La spénomégalie regresse rarement complètement sous l'influence du traitement, elle peut disparaître spontanément vers la deuxième année. Il faut tenir compte enfin des seuils infranchissables qui limitent l'action du traitement.

Il reste un argument qui, loin d'être décisif, a une valeur incontestable : c'est la modification de l'état général et l'étude de la croissance. Sans doute tout nourrisson, éloigné du milieu hospitalier où il voisine avec des enfants infectés et contagieux, éloigné du milieu familial si souvent insalubre, placé dans un centre d'hygiène surveillé et rationnellement alimenté, augmente rapidement de poids quelle que soit l'origine de son retard de croissance. Toutefois, l'étude de la courbe de poids, sa régularité, l'importance des gains mensuels, étudiés comparativement au cours des différentes séries et dans leur intervalle, joint à l'amélioration de l'état général, à l'évolution dentaire, au développement psychique et à l'apparition des mouvements, est un critérium de haute valeur pour juger de l'action du traitement mixte.

CHAPITRE III

I. Posologie

I° MÉDICATION ARSENICALE.

Chez tous les hypertrophiques le tréparsol a été employé suivant la méthode du « traitement discontinu » préconisé par M. Cl. Simon, c'est-à-dire que l'on donne la médication quatre jours et que l'on interrompt trois jours pour reprendre de la même façon. Ce rythme est basé sur celui de l'élimination urinaire, les trois jours de repos correspondant au temps nécessaire pour qu'il n'y ait plus de traces d'arsenic dans les urines (1).

La dose utile est, suivant les auteurs, de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 par kilo. Dans le service de notre maître Guillemot, la dose de 0 gr. 05 par kilo fut prescrite sans aucun inconvénient ; toutefois 0 gr. 02 semble être la dose optima. M. Dupérié et ses élèves (2)

(1) CL. SIMON. — Questions actuelles de syphiligraphie, loc. cit.

(2) DUPÉRIÉ, FAVREAU, CANTORNÉ. — (Loc. cit.).

et M. Cadenaule (1) donnent comme dose maxima 0 gr. 01 par kilo. Pour M. Flamini et M. Brunetti (2), la dose de 0 gr. 01 est insuffisante, l'action sur le Wassermann s'est montrée plus efficace et plus rapide aux doses de 0 gr. 015 et 0 gr. 02 par kilo.

La meilleure méthode d'administration consiste à faire ingérer au nourrisson les comprimés délayés dans de l'eau sucrée ou du lait, en quantités suffisantes pour éviter une concentration trop forte du médicament ; cette manière de faire est préférable au délayage dans les biberons, souvent incomplètement achevés. Le tréparsol n'a aucun goût, il est bien toléré par le nourrisson : il existe des comprimés de 0 gr. 02 pour les nourrissons et de 0 gr. 10 pour les enfants.

Il importe d'atteindre *progressivement* la dose de 0 gr. 02 par kilo, en commençant par 0 gr. 01 par kilo et en augmentant de 0 gr. 01 par jour ; il faut, d'autre part, répartir la dose totale en plusieurs fois dans la journée : cette façon de faire est systématiquement appliquée par M. Maillet, elle écarte tout incident ou inconvénient.

La durée de la cure arsenicale est de six semaines (Cl. Simon, Dupérié). Huit semaines (Flamini, Brunetti). « La tolérance complète permet de conseiller de prolonger la période de traitement jusqu'à douze semaines avec la quasi certitude, qu'après cette période, la réaction de Wassermann sera négative ».

(1) CADENAULE. — Loc. cit.

(2) BRUNETTI. — Loc. cit.

Dans le traitement mixte, la durée moyenne de la série arsenicale fut de 5 à 6 semaines.

La posologie est identique pour le stovarsol, dosé à 0 gr. 01 à 0 gr. 05 de produit actif, par comprimé.

2° MÉDICATION MERCURIELLE.

Nous rappelons la posologie courante du lactate neutre de mercure :

XIII gouttes par kilogramme au-dessous de 13 kilos.

XI gouttes par kilogramme au-dessus de 13 kilos.

Données en trois fois dans la journée, avec les précautions d'usage en cas d'intolérance intestinale.

Le lactate est prescrit pendant une période de dix à quinze jours, immédiatement après la série arsenicale ou séparée d'elle par un repos de dix jours.

3° MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE.

a) *Opothérapie thyroïdienne.* — Les doses doivent varier avec les réactions des sujets. La dose initiale doit être prudente ; trop élevée elle risque de déterminer une chute brusque du poids, de l'agitation, de la tachycardie, des troubles gastro-intestinaux.

La dose utile et nécessaire est de 0 gr. 01 ; dans la majorité des cas même, une dose initiale de 0 gr. 02 est parfaitement tolérée. « Les doses plus faibles ne donnent pas de résultats ou des résultats moins

marqués et moins rapides (1), il n'est pas utile de recourir à des doses plus fortes.

La médication thyroïdienne est donnée, en 2 fois dans la journée, dans une cuillerée de lait ou mélangée aux aliments.

Une chute passagère de poids n'impose pas la cessation de la médication lorsque les autres symptômes sont améliorés, en particulier l'état psychique et l'hypotonicité musculaire ; après un temps assez court, on voit généralement le poids augmenter à nouveau.

La dose *d'entretien* est habituellement la même que la dose initiale : 0 gr. 01 à 0 gr. 02.

Si les progrès se ralentissent, il y a avantage à ne pas augmenter la dose et à ne pas dépasser 0 gr. 025. « Il n'est pas rare que cette augmentation soit suivie de progrès moins marqués ou d'effets contraires » (1).

b) *Médication surrénalienne.*

La dose utile et nécessaire semble être de 0 gr. 05 ; cette dose, donnée d'emblée, est parfaitement tolérée, mais il est préférable de commencer par une dose plus faible : 0 gr. 02 à 0 gr. 03.

La dose *d'entretien* est la même que la dose initiale : 0 gr. 05.

(1) MAILLET. — L'opothérapie thyroïdienne chez certains nourrissons arrêtés dans leurs développements (Loc. cit.).

c) *Médication hypophysaire.*

Exceptionnellement l'hypophyse fut donnée aux mêmes doses que l'extrait de capsule surrénal.

L'opothérapie est administrée par série de dix jours, tantôt en même temps que le lactate de mercure, séparée de la série arsenicale par dix jours de repos (première méthode), tantôt immédiatement après la série mercurielle (deuxième méthode).

II. Tolérance

1° MÉDICATION ARSENICALE.

La tolérance du tréparsol chez le nourrisson, et en particulier chez l'hypotrophique, est en général remarquable.

Aucun accident grave n'a été signalé par ceux qui l'ont expérimenté en médecine infantile ; même aux doses énormes de 0 gr. 05 par kilo (Guillemot), le médicament a été parfaitement supporté sans provoquer aucun trouble digestif.

Les petits incidents, relativement fréquents chez l'adulte, sont exceptionnels chez l'enfant.

Depuis 1925, le tréparsol fut administré à la Fondation chez plus de 200 nourrissons. Tous les hypotrophiques, dont la cause est suspecte, sont systématiquement réactivés par le tréparsol les premières semaines de leur séjour. Nous n'avons pu rele-

ver que deux cas d'intolérance et les incidents du traitement furent très rares.

a) *Troubles digestifs* : la diarrhée, signalée quelquefois chez l'adulte, est exceptionnelle chez l'enfant; souvent même des troubles gastro-intestinaux, des selles fréquentes, grumeleuses et fétides ont été améliorées par la médication arsenicale. Seules, les diarrhées graves et fébriles sont une contre-indication au traitement. Si le mauvais état des selles persiste on prescrira, de préférence aux préparations opiacées, des antiseptiques ou des astringents (acide lactique, acétyl-tannin, tannate de gélatine) ou des médicaments agissant sur les fonctions digestives (alcalins, pancréatine, papaïne). Dans la majorité des cas, le traitement pourra, dans ces conditions, être continué sans inconvénient malgré le mauvais état digestif.

b) *Réaction thermique* : Les ascensions passagères de la température sont fréquentes chez les hypotrophiques, déterminées par la moindre cause digestive ou infectieuse, ou sans cause apparente ; jamais ces réactions thermiques n'ont pu être attribuées à la médication seule ; leur présence nécessite l'interruption temporaire du traitement.

c) *Action sur le poids* : On note quelquefois, les deux ou trois premiers jours du traitement, une chute passagère de poids : celle-ci, le plus souvent légère (20 à 30 grammes), est parfois plus importante (60 à 100 grammes) ; elle ne nécessite pas

l'interruption du traitement qui est repris après les trois jours de repos habituels. Cependant, une perte de poids plus importante, un état stationnaire de la croissance, commande la prudence ; il faut revenir à des doses quotidiennes plus faibles ou même suspendre le traitement si la perte de poids se prolonge.

d) *Eruptions cutanées* : Nous avons observé dans deux cas des éruptions cutanées : Une fois (obs. 2), le troisième jour du traitement, l'enfant a présenté une éruption urticarienne ne s'accompagnant pas de fièvre, qui a disparu en 48 heures et qui n'a pas nécessité l'interruption du tréparsol. Dans le deuxième cas (obs. n° 11), le 4^e jour de la première série arsenicale apparaît une éruption morbilliforme généralisée avec de la stomatite et de la fièvre (39°), le tréparsol est interrompu. Les cures ultérieures de lactate de mercure et d'opothérapie sont prescrites. Au cours de la deuxième série arsenicale, le

6^e jour, l'enfant présente les mêmes symptômes d'intolérance, il est mis à l'hectine sans inconvénient.

Accidents survenus après le traitement qui ne semblent devoir être imputés à la médication. — Un certain nombre d'hypotrophiques ont présenté des affections aiguës (otite, foyer pulmonaire, etc...) qui n'ont pas permis la continuation du traitement. Nous devons signaler quelques accidents graves de pathogénie obscure, indépendants, nous semble-t-il, du traitement.

1° Dup..., 4 mois, pesant 2 kil. 800, hypothrepsique du deuxième degré, vomisseur, présentant du cranio-tabès, une grosse rate, du coryza, des végétations, des testicules durs en grains de plomb, a reçu une série de stovarsol (4 semaines), une série de tréparsol (4 semaines). Le traitement a été bien toléré, les vomissements améliorés, mais l'état général est resté très précaire, et l'enfant a continué à perdre du poids. Il est mort en 48 heures, au cours de phénomènes convulsifs, après 4 mois $\frac{1}{2}$ de séjour; quatre semaines après la fin du traitement.

2° Gaut..., 3 mois, 4 kil. 900, hypotrophique léger, crâne déformé, front en carène, plis de l'anus épaissis avec condylomes, a reçu 3 séries de tréparsol et une série de lactate de mercure, le traitement fut bien toléré, mais la croissance a été très irrégulière. Il est mort en 48 heures, 3 semaines après le traitement, après avoir présenté des accidents purpuriques; il semble difficile, étant donné le long intervalle entre la fin du traitement arsenical et les accidents hémorragiques, d'incriminer le traitement. Au sujet de l'action du tréparsol sur le sang, Flandin (1) a d'ailleurs montré que chez les malades traités par le tréparsol, même à haute dose, la coagulabilité sanguine n'était nullement diminuée; dans quelques cas elle paraîtrait même accélérée contrairement aux injections d'arséno-benzène qui rendent le sang incoagulable.

(1) FLANDIN. — *Bull. Med. Hôp.* Paris, mars 1924.

2° MÉDICATION MERCURIELLE. — Le lactate neutre de mercure a été très bien toléré, exceptionnellement il a provoqué un peu de diarrhée ; si celle-ci persiste, il faut suspendre momentanément le traitement.

3° MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE. — Aux doses signalées, l'opothérapie thyroïdienne et surrénalienne a toujours été parfaitement tolérée; nous n'avons pu observer, chez nos petits malades, de troubles sérieux sous l'influence de l'absorption de l'extrait thyroïdien, considéré par beaucoup d'auteurs comme dangereux. Jamais nous n'avons constaté les chutes brusques ou importantes de poids que l'on a reproché au traitement thyroïdien. Quelques enfants maigrissent dans les premiers temps du traitement, mais reprennent ensuite rapidement leur accroissement pondéral.

La plupart des nourrissons hypotrophiques peuvent bénéficier de la médication et, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs qui prétendent que l'opothérapie thyroïdienne n'agit que dans les cas où l'on peut soupçonner une altération du corps thyroïde, il semble qu'il ne faille pas limiter cette médication aux bébés présentant des signes d'hypo ou de dysthyroïdie.

Les contre-indications de l'opothérapie thyroïdienne sont les troubles gastro-intestinaux graves et surtout la nervosité excessive des sujets; l'insomnie est le symptôme qui interdit le plus formellement la médication thyroïdienne.

III. Conduite du traitement. — Sa durée

Les séries du traitement mixte s'échelonnent sur une période de 45 à 50 jours. Cette période est souvent plus longue en raison des incidents indépendants de la médication, relativement fréquents chez les hypotrophiques (incidents digestifs ou infectieux légers, coryza, otite, rhino-pharyngite).

Ainsi que nous l'avons signalé, deux méthodes de traitement furent essayées :

Dans la première, le lactate de mercure et l'opothérapie sont donnés simultanément pendant une période de 15 jours séparée, des cinq semaines de Tréparsol, par dix jours de repos.

Dans la deuxième méthode, l'arsenic (cinq semaines), le mercure (dix jours), l'opothérapie (dix jours) se succèdent sans intervalle de repos.

Le but de la première méthode est le renforcement réciproque des deux médications spécifiques et opothérapiques. Elle ne nous a pas semblé préférable à l'autre méthode ; elle présente l'inconvénient de ne pouvoir attribuer les effets obtenus à l'une ou à l'autre de ces deux médications ; l'action de chaque élément du traitement mixte est variable ; certains nourrissons semblent plus sensibles à l'action du mercure, d'autres à celle de l'opothérapie ; il y a intérêt à pouvoir discerner le médicament le plus utile dans un cas déterminé, afin d'insister sur celui-ci au cours des cures ultérieures.

Entre chaque cure de traitement mixte on laisse un intervalle d'un mois environ.

Habituellement pendant la durée de leur séjour à la Fondation, les enfants reçoivent deux cures de traitement.

Les formes à manifestations atténuées, auxquelles s'adresse le traitement mixte par voie buccale, sont justiciables, comme les formes virulentes, d'un traitement *de fond* de longue durée. Ce traitement doit être continué, même en l'absence de nouveaux signes cliniques et sérologiques, pendant une période minimum de 3 ans et de préférence pendant 4 années à raison de :

4 cures par an la 1^{re} année.

3 cures par an la 2^e année.

2 cures par an la 3^e et 4^e année.

Si de nouveaux signes apparaissent, ou bien en cas de récidives sérologiques, une ou deux cures supplémentaires s'imposent dans l'année.

Ceci n'est qu'un schéma, la plus grande souplesse est nécessaire dans le traitement de la syphilis héréditaire. Il faut savoir modifier et transformer la thérapeutique à la moindre indication.

Dans bien des circonstances, on est amené à changer les séries de la cure combinée, leur durée, les intervalles de repos, selon les réactions de l'enfant et sa tolérance. Tel nourrisson, chez lequel l'amélioration de la croissance et de l'état général est peu appréciable, bénéficiera d'une nouvelle cure

de traitement mixte immédiatement après la précédente.

Un des avantages du traitement mixte est la succession de différents médicaments par séries d'une durée relativement courte (pour le lactate de mercure et l'opothérapie), ce qui permet, sans craindre les phénomènes d'accoutumance et d'intolérance par accumulation de corps toxiques dans l'organisme, de reprendre de nouvelles séries après des périodes de repos minimales. L'enfant reste ainsi, d'une façon constante, sous l'influence d'un traitement d'application facile, avec une surveillance médicale régulière ; moins soutenue cependant au cours de certaines périodes : au moment des cures mercurielles et pendant le traitement opothérapique (si un traitement antérieur a montré la tolérance parfaite pour l'extrait thyroïdien). La prudence dicte, par contre, une surveillance plus rigoureuse au cours de toutes les séries arsenicales, même si les précédentes ont été parfaitement tolérées.

Il faut non seulement, adapter le traitement mixte au besoin de chaque cas particulier, mais ne pas persévérer dans la méthode par voie buccale si elle ne paraît pas assez active. Chez un nourrisson ce traitement semble-t-il insuffisant ? Au cours des cures ultérieures on remplacera le tréparsol par des injections de sulfarsénol et d'acétylarsan, que l'on associera au lactate et à l'opothérapie. Le lactate

est-il mal toléré? On s'adressera aux frictions ou aux injections mercurielles. Chez les malades arséno ou mercurio résistants (observation n° X) on associera le bismuth à l'opothérapie.

CHAPITRE IV

Observations

Nous publions ci-après : un tableau général de 43 observations d'hypotrophiques hérédo-syphilitiques traités par la méthode que nous exposons ; le compte rendu détaillé de 20 d'entre elles, prises parmi les plus complètes (durée de séjour et traitement suffisant).

L'immense majorité de ces malades a été traitée par le tréparsol, un très petit nombre (3 cas) par le stovarsol.

Les résultats des réactions sérologiques ont permis de grouper ces observations en 2 grandes catégories. Bien qu'il soit un signe très inconstant dans la syphilis héréditaire, le Wassermann positif reste le plus fidèle critérium pour le diagnostic et pour suivre les effets du traitement.

A) Lorsque la certitude nous est fournie par le laboratoire, nous négligerons les différentes classifi-

cations que la clinique est susceptible de donner. Le Wassermann positif peut venir : a) confirmer un ensemble de signes de probabilité formant déjà une certitude ; b) affirmer l'origine syphilitique d'une hypotrophie qu'un petit nombre de signes de probabilité n'a fait que soupçonner ; c) Révéler la nature d'une hypotrophie d'apparence banale, dans les véritables syphilis larvées.

Au point de vue du traitement il nous suffira d'opposer dans les cas où le Wassermann est positif les hypotrophies :

1° Ou la séro-réaction a été trouvée positive à la Fondation, ces cas seuls permettent de juger l'action du traitement mixte par voie buccale sur la négativation du Wassermann (tableau n° I).

2° Celles d'autre part, où le Wassermann était positif à l'hôpital, mais négatif au début du traitement après la réactivation qui est systématiquement pratiquée à la Fondation (tableau n° II).

Les résultats sérologiques sont fournis par M. le Docteur Bonnet, chef de Laboratoire à l'hôpital Laënnec.

B) Chez les hypotrophiques dont le Wassermann est négatif (tableau III) : un ensemble de signes de probabilité affirme la syphilis dans la majorité des cas. Dans quelques observations (3), le groupement des signes de probabilité fait défaut pour avoir cette certitude, mais les indices de possibilité suffisent à justifier un traitement d'épreuve.

TABLEAU I.

HYPOTROPHIQUES dont le WASSERMANN est positif

NOM	POIDS	TAILLE	ANTÉCÉDENTS	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE	WASSERMANN D'ENTRÉE	SÉJOUR	TRAITEMENT	GAINS	GAINS MENSUELS	TAILLE	WASSERMANN SORTIE	OBSERVATIONS A LA SORTIE
I. BEAU. Simone.... (21 mois)	7.840	73		Hypotrophique totale grave, mauvais état général, fontanelle largement ouverte, cranio-tabes, ne marche pas, 10 dents.	Positif après réactivation	4 mois	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde { surrénale. 9 S. R. U. V.	1060	265	74	Négatif	Bon état général, croissance irrégulière, ne marche pas, 12 dents, reste hypotrophique.
II. LÉG. Georgette.... (16 mois)	7.740	68		Hypotrophique totale grave, dystrophique, rachitique, anémique, hypothyroïdienne, rate perceptible, ne marche pas, 10 dents.	Positif H ^s après réactivat.	4 mois	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde { surrénale. 9 S. R. U. V.	2720	680	74	Négatif	Très améliorée, état général satisfaisant, anémie moins marquée, ne marche pas, 12 dents, croissance régulière, n'est plus hypotrophique.
III. LUS. Jean..... (15 mois)	8.020	73		Hypotrophique pondéral grave, mauvais état général, fontanelle largement ouverte, rachitisme cranien, rate perceptible, ne marche pas, 11 dents.	Positif après réactivat.	3 m 1/2	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde { surrénale. 10 S. R. U. V.	1880	626	76	Négatif	Très améliorée, marche, 14 dents, croissance assez régulière, hypotrophie très modifiée, moitié du retard pondéral regagné.
IV. GOD. Louis..... (23 mois)	8.370	72		Hypotrophique total grave, rachitique, anémique, état général médiocre, fontanelle antérieure large, ne marche pas, 8 dents.	Wasserm. négatif Hecht positif ap. réact.	5 mois	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde { surrénale. 9 S. R. U. V.	1930	386	75	Wasserm. négatif Hecht positif	Etat général satisfaisant, fontanelle antérieure soudée, marche anémique persiste, regagne la moitié de son retard pondéral, 15 dents.
V. WÉB. Simone..... (5 mois)	4.415	62		Hypotrophique pondérale grave, rachitique, état général très médiocre.	Positif ap. réact.	5 mois	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg.	2205	441	64	Négatif	Etat général très amélioré, croissance normale.

VI. DEL. Nelly..... (16 mois)	8.743	73					1 série { thyroïde 10 S. R.U.V.	2.890 963	76	Pas fait		trophique, rachitisme crânien amélioré.
VII. AND. Georgette.. (16 mois)	7.175	71					2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde 8 S. R.U.V.	1.375 229	72	Négatif		Etat général très satisfaisant, croissan- ce régulière, n'est plus hypotrophique, 16 dents.
VIII. BRO. Louis..... (3 mois)	3.470	73					1 série stovarsol 1 série tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde 1 série { surrénale. 10 S. R.U.V.	5.540 503		Négatif		Bon état général, rate non perceptible, marche, 16 dents, croissance irrégulière reste hypotrophique.
IX. BOUR..... (12 mois)	8.120	73	mère ♀				2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde 1 série { surrénale.	4 085 454	85	Wasserm négatif Hecht né- gatif		Très bon état géné- ral, croissance régé- nérée, n'est plus hypo- trophique, 13 dents.
X. HEYM..... (19 mois)	10.800	78					2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde 1 série { surrénale. 1 série acétylarsan 1 série quimby	3.780 540	86	Positif Positif Négatif		Etat général et hy- potrophie très amé- liorée, enfant bien co- loré, croissance régé- nérée. (En cours de traitement).

TABLEAU II.

HYPOTROPHIQUES dont le WASSERMANN est négatif (Positif à l'hôpital)

NOM	POIDS	TAILLE	ANTECEDENTS	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE	WASSER- MANN	SÉJOUR	TRAITEMENT	GAINS	GAINS MENSUELS	TAILLE	OBSERVATIONS A LA SORTIE
XI. DEN. René..... (8 mois)	5 690	61		Hypotrophique total grave, état général mé- diocre, fontanelle lar- gement ouverte, rate perceptible, ne se tient pas debout, 1 dent.	Positif H ³ (hôpital) Négatif ap. réactiv.	6 m. 1/2	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde { surrénale	3 600	246	73	Bon état général, rate non perceptible, croissance régulière, 1/2 du retard pondé- ral regagné, 2,3 du re- tard statural.
Deuxième séjour..... (17 mois)	9.420	82		Hypotrophique pon- déral, fontanelle non soudée, ne marche pas. 10 dents.		4 mois	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 10 S. R.U.V.	1.200	300	83	Très améliorée, marche, 10 dents, n'est plus hypotrophique.
XII. DEL. Claude..... (9 mois 1/2)	5.400	65		Hypotrophique total grave, rachitique, fon- tanelle largement ou- verte, micropolyadé- nopathie anémique, ne se tient pas debout, 2 dents.	Positif H ⁴ (hôpital) Négatif ap. réactiv.	5 mois	2 séries tréparsol 2 séries lactate Hg. 2 séries { thyroïde { surrénale	3 815	663	73	Etat général très amélioré, moins pâle, croissance assez rég- lière, a regagné les 4/5 de son retard pondé- ral, 8 dents, marche.
XIII. SUR. Maurice... (14 mois)	8 800	75		Hypotrophique pon- déral, rachitique, fon- tanelle large, gros cra- né, rate grosse et dure ne marche pas, 6 dents anorexie.	Positif H ⁰ (hôpital) Négatif ap. réactiv	5 mois	2 séries tréparsol 2 séries lactate Hg. 1 série { thyroïde { surrénale 19 S. R.U.V.	1.500	300	79	Amélioré, état géné- ral satisfaisant, appé- tit meilleur, marche, 14 dents, croissance irrégulière, reste hy- potrophique.
XIV. LAND. Yvonne..	5.000	65		Hypotrophique totale sur tout pondérale, état	Positif H ⁰	4 m. 1/2	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg.	2.335	608	72	Bon état général, croissance irrégulière

(10 mois)			général assez satisfaisant, rate perceptible, pas de dents.	(hôpital) Négatif ap. réactif.		1 série { thyroïde 8 S. R. U. V.			plus régulière au cours de la deuxième cure, reste hypotrophique pondérale, 2 dents.
XV. LAG. Guy..... (10 mois)	6.820	63	Hypotrophique total grave, dystrophique rachitique, hydrocéphalie légère, ne marche pas, pas de dents.	Wass. H ⁷ Hecht H ⁶ (hôpital) Négatif ap. réactif.	5 mois	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde surrénale	2.140	430	74
XVI. AVIL. Pierre.... (20 mois)	9.720	79	Mère Σ 1 f. couche; 1 autre enfant Σ.	Positif H ⁶ (hôpital) Négatif ap. réactif.	3 mois	2 séries tréparsol 2 séries lactate Hg. 1 série { thyroïde surrénale 10 S. R. U. V.	0.340		81
XVII. DES..... (20 mois)	10.250	83	Mère Σ Père Σ	Positif H ⁶ (hôpital) Négatif ap. réactif	6 mois	2 séries tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde surrénale 8 S. R. U. V.	2.980	487	86
XVIII. JACQ. Lucien. (14 mois)	7.640	65	Hypotrophique total, mongolisme léger fontanelle non soudée, racine du nez écrasée, pâleur.	Positif H ⁶ (hôpital) Négatif ap. réactif.	6 mois	2 séries stovarsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde surrénale	0.435		72
XIX. VIT..... (24 mois)	7.730	80	Hypotrophique grave, anémique, grosse rate.	Positif H ⁶ (hôpital) Négatif ap. réactif.	6 mois	1 série tréparsol 1 série lactate Hg. 1 série { thyroïde surrénale	2.150	370	83

Etat général assez satisfaisant, croissance irrégulière, reste très hypotrophique.

Etat général amélioré, pâleur persistante, croissance pondérale stationnaire, 12 dents

Très bon état général, croissance régulière, 17 dents, n'est plus hypotrophique.

Etat général satisfaisant croissance pondérale stationnaire.

TABLEAU III

HYPOTROPHIQUES dont le WASSERMANN est négatif

NOM	POIDS	TAILLE	ANTÉCÉDENTS	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE	SÉJOUR	TRAITEMENT	GAIN	BAIN MENSUEL	TAILLE	OBSERVATIONS
XX. CHAM. André... (18 mois)	9.820	76		Hypotrophique pondé- ral, E. G. assez satisfaisant, encéphalopathie, hypoto- nicité, ne marche pas.	4 m. 1/2	1 sulfarsénol 1 tréparsol 1 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale	1.930	428	80	Très bon état général, marche, 13 dents, psychis- me amélioré, croissance irrégulière, n'est plus hy- potrophique.
XXI. DUF. Antoine... (2 ans)	10.420	78		Hypotrophique grave surtout pondéral, rachiti- que, crâne irrégulier, bos- sélé, thorax très déformé, anémique, rate percepti- ble, ne marche pas, 10 dents.	3 m. 1/2	2 tréparsol 2 lactate Hg 2 } thyroïde 2 } surrénale 10 R. U. V.	2.050	584	81	Très amélioré, moins pâle, marche, 16 dents, croissance régulière, n'est plus hypotrophique.
XXII. LAV. Emma... (6 mois)	4.200	55		Hypotrophique totale grave, rachitique, cranio- tabès, rate perceptible, plus anus épaissis.	5 mois	2 tréparsol 1 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale	2.915	583		Amélioration état géné- ral, 4 dents, croissance régulière mais lente, reste hypotrophique.
XXIII. ROQ. Odette... (4 mois)	4.810	57	Mère H Σ	Hypotrophique légère, état général médiocre, foie gros, rate perceptible, dure, végétations adénoï- des, cicatrice de gomme.	5 m. 1/2	1 sulfarsénol 1 tréparsol 1 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale	2.660	482	69	Bon état général, 3 dents, n'est plus hypotrophique.
XXIV. HEIN. Ginette... (6 mois 1/2)	3.730	58 1/2	Gomme st. mast. traitee par frictions Hg	Hypotrophique du pre- mier degré, hypotrophique du total, rachitique, bos- ses frontales, veines épi- craniennes dilatées, fon- tanelle ant. non soudée.	3 mois	2 tréparsol 1 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale 8 R. U. V.	2.125	708	64	Etat général très amé- lioré, fontanelle antérieure soudée, croissance régé- nère, 1/3 du retard pon- déral regagné.

XXV. JANV. Roger.... (31 mois)	8.250	73	Hypotrophique total grave, dystrophique, rachitique, fontanelle ant. non soudée, rate grosse, anémie, ne marche pas, 12 dents.	4 mois	2 tréparsol 2 lactate Hg 2 opothérapie 10 R. U. V.	2.500 625	76	Etat général très amélioré, anémie persiste, rate perceptible, marche, 12 dents, croissance régulière, 2/3 du retard pondéral regagné.
XXVI. DUL. Odette.... (12 mois)	6.800	67	Hypotrophique totale grave, anémique, rachitique à gros ventre, rate perceptible, ne marche pas, 2 dents.	5 mois	1 tréparsol 2 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale 7 R. U. V.	2.360 472	76	Etat général très satisfaisant, moins pâle, 4 dents, croissance régulière, reste hypotrophique.
XXVII. PAMP. Odette.. 1 an 1/2	3.380	49	Etat général médiocre, croissance stationnaire, rhagades, hydrocèle unilatérale, testicules petits et durs, rate grosse, foie gros.	5 m. 1/2	1 sulfarsénol 2 tréparsol 2 lactate Hg 2 } thyroïde 2 } surrénale	3.600 616	65	Etat général très amélioré, rate non perceptible, persistance de l'hydrocèle droite, croissance régulière et normale.
XXVIII. PRUN Mireille.. (18 mois 1/2)	6.280	66	Hypotrophique totale grave, rachitique, gros crâne régulier, grosse rate dure.	4 mois	2 tréparsol 2 lactate Hg 2 } thyroïde 2 } surrénale 10 R. U. V.	1.020 255	69	Etat général très amélioré, rate grosse et dure, croissance régulière, reste hypotrophique.
XXIX. BOUL. Raymond (15 mois 1/2)	6.890	70	Hypotrophique total grave, rachitisme thoracique et crânien, anémie, fontanelle non soudée, ne marche pas, 8 dents.	5 m. 1/2	1 tréparsol 1 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale 1 acétylarsan 10 R. U. V.	0.300	75	Etat général très médiocre, pâleur persistante, courbe de poids stationnaire.
XXX. COL. Fernand.. (5 mois 1/2)	4.800	56	Hypotrophique, craniotabés, anémie, rate grosse et dure, foie gros, condylome anal.	5 m. 1/2	2 tréparsol 1 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale	2.350 427	65	Très grande amélioration de l'état général, pâleur persistante, rate non perceptible, 4 dents, reste hypotrophique.
XXXI. ROB. Jean..... (5 mois)	3.400	54	Hypotrophique, anémie, rate perceptible, veines épigastriques dilatées.	5 mois	1 tréparsol 1 lactate Hg 1 } thyroïde 1 } surrénale	2.230 446	65	Etat général amélioré, rate perceptible, pâleur et hypotrophie persistent.



TABLEAU III (suite). HYPOTROPHIQUES dont le WASSERMANN est négatif

NOM	POIDS	TAILLE	ANTÉCÉDENTS	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE	SÉJOUR	TRAITEMENT	GAIN	GAIN MENSUEL	TAILLE	OBSERVATIONS
XXXII. MOMB. Alfred. (14 mois)	7.870	63		Hypotrophique total, dysmorphique, myxœma- teux, grosse rate.	7 mois	3 tréparsol 2 lactate Hg. 2 } thyroïde 2 } surrénale	2.070	295	75	Etat général satisfai- sant, reste hypotrophique pondéral.
XXXIII. Lot. Geneviève. (3 mois)	3.700	47		Hypotrophique grave, état général assez satisfai- sant, foie gros, rate grosse et dure.	3 m. 12	2 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrénale	1.310	370	49	Bon état général, hypo- trophie persiste.
XXXIV. WARD..... (28 mois)	10.950	75		Hypotrophique total, rachitique, rate percepti- ble, mauvaise dentition.	4 mois	2 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrénale	1.680	422	80	Amélioration de l'état général et de l'hypotro- phie.
XXXV. FATH..... Premier séjour (12 mois)	5.770			Hypotrophique total grave, rate perceptible, gros crâne, ne se tient pas debout.	5 m. 1/2	1 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrénale	2.105	392		Etat général amélioré, se tient debout, rate per- ceptible, reste hypotrophi- que.
Deuxième séjour (26 mois)	9.050	74		Hypotrophie avec état général satisfaisant, 12 dents.	5 m. 12	2 tréparsol 3 lactate Hg. 3 } thyroïde 6 } surrénale R. U. V	1.670	304	81	Marche, amélioration lé- gère de l'hypotrophie, rate non perceptible.
XXXVI. BEAU Jacques.. (9 mois)	6.630	63	Sulfar. à l'hôpital	Hypotrophique total, état général assez satisfaisant, rachitique, fontanelle lar- ge, rate grosse et dure.	4 mois	1 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrénale	0	270		Retour hôpital pour broncho-pneumonie, décé- dé à l'hôpital (gros thy- mus)

XXXXVII. JOC. Charles ... (14 mois)	9.040	78		12 dents.	Hypotrophique pondéral grave, dystrophique, rachitique, anémique (1.500.000 gl.r.), grosse rate dure, fontanelle large, 8 dents.	4 mois	1 tréparsol 2 lactate Hg. 1 } thyroïde 6 } surrenale R. U. V.	1.120	280	Etat général satisfaisant, rate perceptible, pâleur persistante, amélioration de l'hypotrophie 2/3.
XXXXVIII. LEG. Raymond. (6 mois)	5.450	58			Hypotrophique, dystrophique, anémique, crâne irrégulier, rate perceptible.	5 m. 1/2	2 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrenale	1.540	250	Bon état général, moins pâle, reste hypotrophique.
XXXIX. DUP. (4 mois)	2.800				Hypothrepsique du 2 ^e degré, vomisseur, cranio-tabès, rate perceptible, testicules en grains de plomb.	4 m. 1/2	1 stovarsol 1 tréparsol	0.855		Convulsions, décédé 4 semaines après l'arrêt du tréparsol.
XL. BRUN. (10 mois)	5.450				Hypotrophique grave, état général médiocre, anémique, rachitique, grosse rate.	5 mois	2 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrenale	1.540	338	Grande amélioration état général, reste hypotrophique
XLI. LAM. Robert ... (18 mois)	6.205	66			Hypotrophique total grave, dystrophique, anémique, rachitique, gros crâne, rate perceptible.	6 mois	1 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrenale	3.015	502	Renvoyé à l'hôpital (angine suspecte) Bon état général, amélioration légère de l'hypotrophie.
XLII. MAUD (20 mois)	8.720			1 frère hydrocéphal	Hypotrophique grave, dystrophique, gros crâne épais, fontanelle largement ouverte.	5 mois	2 tréparsol 1 lactate Hg. 1 } thyroïde 1 } surrenale	1.800	360	Très bon état général, amélioration légère de l'hypotrophie.
XLIII. BEAU (11 mois)	5.430				Hypothrepsique du 1 ^{er} degré, anémique, état général mauvais, crâne irrégulier, plis de l'anus épaissis.	4 mois	2 tréparsol 2 lactate 1 } thyroïde 1 } surrenale	3.455	863	Amélioration état général, pâleur moins marquée, croissance régulière, a regagné 3/5 de son retard pondéral.

La durée moyenne de séjour des hypotrophiques hérédo-syphilitiques est de 4 à 6 mois ; ces petits malades, en raison du traitement prolongé que nécessite leur état, bénéficient d'un plus long séjour que les hypotrophiques d'origine alimentaire, digestive ou infectieuse admis à la Fondation.

Deux cures de traitement mixte sont habituellement instituées pendant cette période ; un certain nombre de ces sujets quitte la Fondation au cours de la deuxième cure. Quelques-uns ont pu faire un deuxième séjour après une période de 4 à 5 mois passée dans leur foyer ou dans des centres d'élevage. Ces cas sont particulièrement intéressants pour suivre les effets du traitement à plus longue échéance ; encore assez rares, ils deviendront la règle conformément à l'organisation que prévoit M. Maillet.

Hypotrophiques dont le Wassermann est positif au début du traitement

TABLEAU I

OBSERVATION I (N° 35, 1925)

Beau... Simone : L'enfant est née à terme ; son poids de naissance est inconnu. Elle a été nourrie par sa mère jusqu'à 10 mois ; elle a eu la rougeole à 2 mois, la varicelle à 3 mois. Hospitalisée à l'hôpital Bretonneau à 18 mois, elle a présenté des abcès multiples et un amaigrissement progressif ; le 12

février 1926, elle est envoyée à la Fondation pour un retard de croissance important.

Son père et sa mère sont bien portants ; celle-ci a eu quatre enfants dont un débile de 4 mois ; elle n'a pas fait de fausse couche.

A son entrée, l'enfant est âgée de 24 mois ; elle pèse 7 *kg.* 840 ; sa taille est de 73 *cm.* ; son rapport P/T = 101 ; elle a le poids d'une enfant de 7 à 8 mois et la taille d'une enfant de 14 à 15 mois.

C'est une *hypotrophique grave*, totale, elle est très amaigrie, mais sa peau est ferme, élastique, ne forme pas de plis, le tissu adipeux est conservé partout quoique aminci.

L'abdomen est un peu gros, la rate n'est pas perceptible, le foie est normal.

La fontanelle antérieure est largement ouverte, de chaque côté de la fontanelle postérieure il existe un point de cranio-tabès ; il n'y a pas d'autres lésions rachitiques. Cette enfant a 10 dents, elle ne marche pas et ne se tient pas debout.

Les digestions sont normales mais l'appétit est à peu près nul.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann est *légèrement positive*, le 20^e jour de réactivation au tréparsol.

L'examen radioscopique montre une image thoracique normale.

1^{re} série arsenicale. — Le 14 février on commence le traitement par une série de tréparsol à la dose initiale de 0 gr. 09, par séries de 4 jours, séparées les unes des autres par 3 jours de repos, en augmentant chaque jour de 0,01 jusqu'à la dose maxima de 0 gr. 16. L'enfant reçoit pendant 5 semaines 2 gr. 44 de tréparsol.

Aucun incident n'est noté pendant la cure arsenicale, l'anorexie, qui persiste longtemps, est légèrement améliorée le 22 février.

Le gain a été faible : 195 grammes en 5 semaines.

1^{re} série mercurielle. — Après 8 jours de repos on commence le lactate neutre de mercure à la dose de 90 gouttes, données en 3 fois dans la journée, pendant 10 jours.

Pendant cette série l'enfant fait une angine avec de la fièvre et de la trachéo-bronchite, elle prend 180 grammes.

1^{re} série d'opothérapie. — On donne le 18 avril après 13 jours de repos 0 gr. 02 de poudre de corps thyroïde et 0 gr. 05 d'extrait de capsule surrénale pendant 10 jours, la dose quotidienne en 2 fois.

Le gain est alors minime : 40 grammes.

2^e série arsenicale. — Après un repos de 7 jours seulement, étant donné le faible accroissement pondéral obtenu par les premières séries de traitement mixte, on recommence le tréparsol aux mêmes doses que la première fois (0 gr. 06 à 0 gr. 16 pendant 5 semaines). L'enfant reçoit une dose totale de 2 gr. 39.

Le gain, après cette seconde cure arsenicale est plus important : 690 grammes. Ce qui correspond à un accroissement quotidien de 19 grammes.

Aucun incident n'est noté pendant cette série : l'appétit reste capricieux, l'enfant refuse les purées et les pâtes ; malgré cette anorexie persistante, l'accroissement pondéral journalier est voisin de la croissance normale d'un enfant de même poids.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative le 11 juin.

Du 29 mars au 29 avril on institue 11 séances de rayons ultra-violet, en raison des lésions de rachitisme cranien.

Le 18 juin 1926 l'enfant, âgée de 25 mois, quitte la Fondation, améliorée ; son état général est bon, les chairs sont plus fermes, elle se tient facilement debout mais ne marche pas encore. Son poids est de 8 kg. 900, sa taille de 74 cm. Elle a 14 dents, la fontanelle antérieure n'est que partiellement soudée. L'augmentation pondérale, pendant un séjour de 4

mois, fut de 1 kg. 060, ce qui correspond à un accroissement mensuel de 265 grammes, malgré une alimentation rendue difficile par une anorexie persistante, améliorée passagèrement par la 1^{re} cure de tréparsol, mais qui s'est maintenue par la suite et n'a pas été influencée par la 2^e cure arsenicale.

En résumé, pendant le traitement, parfaitement toléré, l'ascension de la courbe pondérale fut plus manifeste au cours de la 2^e série arsenicale. Cette courbe quoique très irrégulière correspond à la croissance d'une enfant saine de même poids. La malade, toutefois, reste hypotrophique, quoique à un degré moins marqué qu'à son entrée.

OBSERVATION II. (N° 61, 1926)

Leg... Georgette, est envoyée de l'hôpital des Enfants Malades pour de l'anémie et un retard de croissance, le 19 mars 1926 ; elle est âgée de 16 mois, elle pèse 7.740 grammes, sa taille est de 68 cm., elle a le poids d'une enfant de 7 mois et la taille d'une enfant de 10 mois.

C'est une *hypotrophique grave, dystrophique*, le ventre est gros, les membres sont courts et boudinés ; cette enfant est petite et épaisse, légèrement hypothyroïdienne et rachitique.

La rate est *perceptible* à la palpation, le foie est normal. Elle a dix dents.

Le teint est pâle, les muqueuses sont peu colorées. Elle ne marche pas.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann est *positive H 5* après réactivation au tréparsol.

L'examen radioscopique montre une image thoracique normale.

1^{re} série arsenicale. — Le 21 mars on commence le traitement par une série de tréparsol aux doses de 0 gr. 08 à 0 gr.

15 (3 jours de traitement et 4 jours de repos par semaine) ; en 5 semaines l'enfant a pris 1 gr. 72 de tréparsol et a augmenté de 660 grammes, soit de 13 grammes par jour.

1^{re} série mercurielle et opothérapique. — Après un repos de 1 mois on donne à l'enfant, pendant 15 jours, 3 fois XXXVIII gouttes de lactate de mercure et en même temps 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale.

Le 21 juin la réaction de Bordet-Wassermann est négative, l'enfant a augmenté de 385 grammes, soit 25 grammes par jour.

Du 29 mai au 28 juin l'enfant reçoit 9 séances de rayons ultra-violets.

2^e série arsénicale. — Le 24 juin une nouvelle série de tréparsol est instituée aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 14. L'enfant quitte la Fondation le 14 juillet, après avoir reçu 1 gr. 74 de tréparsol.

Elle a augmentée de 990 grammes en 21 jours, l'accroissement quotidien est important : 42 grammes.

A la sortie, elle est âgée de 20 mois ; son poids est de 10 kgr. 460. Sa taille de 74 cm. ; elle a 12 dents, ne marche pas. L'enfant est très améliorée ; l'état général est satisfaisant, l'anémie moins marquée. La croissance fut régulière et très active ; pendant un séjour de 4 mois elle a augmenté de 2 kgr. 720, la moyenne des gains mensuels est de 680 grammes, chiffre important pour une enfant de cet âge. Elle a regagné la totalité d'un retard pondéral important, en peu de temps.

Le Wassermann est négatif après les premières séries du traitement.

OBSERVATION III (N° 75, 1926)

Luss... Jean est envoyé de l'hôpital Hérold pour une convalescence de diarrhée grave le 26 mars 1926.

Il est le frère de 7 enfants vivants dont on n'a pas de renseignement ; sa mère est décédée d'une maladie inconnue.

Agé de 15 mois, il a un poids de 8 kgr. 020 ; sa taille est de 73 cent. Son apport P/T = 109. Son poids correspond à celui d'un enfant de 8 mois ; sa taille est celle de son âge.

Cet enfant est un *hypotrophique pondéral* grave, présentant des lésions *rachitiques* marquées. La fontanelle antérieure est largement ouverte, le crâne est gros, les bosses frontales sont saillantes. Il a 11 dents et ne marche pas ; l'état général est mauvais, l'enfant est très amaigri, mais non cachectique.

L'abdomen est volumineux, la rate est grosse et dure, le foie normal.

L'auscultation révèle des signes d'adénopathie trachéo-bronchite diffuse.

La cuti-réaction est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive après la réactivation au tréparsol.

La radioscopie montre un léger voile du champ pulmonaire droit dans toute sa hauteur.

1^{re} série arsenicale. — Le 29 mars, on commence la cure de tréparsol par série de 3 jours, séparée par 4 jours de repos, à la dose de 0 gr. 09 à 0 gr. 16. Les 3 premiers jours de traitement l'enfant perd 75 grammes ; on continue le tréparsol et la croissance reprend, régulière.

La cinquième semaine, l'enfant a pris 1 kgr. 125, soit un gain quotidien de 34 grammes.

1^{re} série mercurielle. — Après un repos de 10 jours le lactate de mercure est prescrit à la dose de 3 fois XXXV gouttes, mais est suspendu le cinquième jour, en raison de troubles digestifs et de diarrhée. L'enfant a perdu du 20 mai au 3 juin 510 grammes.

1^{re} série d'opothérapie. — A cause de l'état intestinal le mercure n'est pas repris et l'opothérapie est instituée le 10 juin pendant 10 jours (0 gr. 02 de thyroïde, 0 gr. 05 de sur-

rénales). L'augmentation de poids est alors de 140 grammes (14 grammes par jour).

Le Wassermann est négatif le 20 juin.

Du 29 mars au 2 juillet, l'enfant a reçu 10 séances de rayons ultra-violet.

2^e série arsenicale. — Après un repos de 1 mois, le tréparsol est repris le 24 juin, aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 19. Au cours de cette série, l'enfant quitte la Fondation le 9 juillet, âgé de 18 mois et demi.

Son séjour fut de 3 mois et demi ; l'état général est très amélioré ; il a 14 dents ; son poids est de 9 kgr. 900 et sa taille de 76 centimètres. Le gain est de 1 kgr. 880 ; l'augmentation mensuelle fut importante : 626 grammes ; elle est de 200 grammes normalement à cet âge. L'hypotrophie fut considérablement modifiée ; plus de la moitié du retard pondéral est rattrapée en peu de mois et la croissance fut assez régulière. Le Wassermann est négatif après les premières séries du traitement mixte.

OBSERVATION IV (N° 109, 1926)

God... Louis, envoyé des Enfants-Malades, le 14 mai 1926, pour un retard de poids important et une croissance stationnaire.

Agé de 23 mois, il pèse 8 kgr. 370 ; sa taille est de 72 centimètres ; il a un poids de 8 mois et une taille de 14 à 15 mois.

Il s'agit d'un *hypotrophique total* grave, surtout pondéral, *rachitique* (le crâne est gros, la fontanelle antérieure large, non soudée) et anémique, le teint est cireux, les muqueuses peu colorées ; l'état général est médiocre ; l'enfant a 8 dents et ne marche pas.

La rate n'est pas perceptible, le foie normal.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann *négatif*, mais le Hecht *est positif*.

1^{re} série arsenicale. — L'enfant est mis au tréparsol dès son entrée pendant 5 semaines, aux doses de 0 gr. 09 à 0 gr. 16 (3 jours de traitement et 4 jours de repos). Après une perte de poids légère les premiers jours, la croissance fut régulière et le gain quotidien de 18 grammes.

1^{re} série mercurielle. — Après un repos de 14 jours on donne 10 jours de lactate de mercure (3 fois XXXV gouttes) ; le poids reste stationnaire.

1^{re} série d'opothérapie. — Après 8 jours de repos on prescrit 10 jours de thyroïde : 0 gr. 02 et 0 gr. 05 de surrénale, le gain est de 14 grammes par jour.

9 séances de rayons ultra-violet sont instituées du 4 juin au 2 juillet.

2^e série arsenicale. — Après un mois de repos le traitement mixte est repris le 27 août. Le tréparsol est donné aux doses de 0 gr. 09 à 0 gr. 18 (4 jours de traitement et 3 jours de repos). Le gain est de 640 grammes, soit un accroissement quotidien de 21 grammes.

2^e série mercurielle. — On reprend 8 jours après le lactate de mercure (3 fois XXXV gouttes) pendant 10 jours, la croissance est plus lente : 9 grammes par jour.

L'enfant quitte la Fondation le 20 octobre, très amélioré. L'état général est satisfaisant ; il marche, la fontanelle antérieure est soudée ; il a 15 dents, mais il est encore très pâle.

Il est âgé de 28 mois ; son poids est de 10 kgr. 400 ; sa taille de 75 centimètres. Il a augmenté pendant 5 mois de 1 kgr. 930 ; grâce à des gains mensuels de 386 grammes en moyenne, particulièrement nets au cours des cures arsenicales, l'enfant regagne la moitié de son retard pondéral. La croissance staturale fut plus lente. L'anémie persiste. Le Hecht reste positif.

OBSERVATION V (N° 14, 1926)

Web... Simone, envoyée de l'hôpital des Enfants-Malades, parce que sa croissance est stationnaire.

Née à terme, elle est âgée de 5 mois à son entrée à la Fondation, le 22 janvier 1926 ; elle pèse 4 kgr. 415 ; sa taille est de 62 centimètres. Son rapport P/T = 71. Elle a le poids d'une enfant de 2 à 3 mois et une taille normale.

Il s'agit d'une *hypotrophique pondérale grave*, rachitique, présentant un cranio-tabès bilatéral, la fontanelle antérieure largement ouverte est tendue, les veines épicroaniennes sont saillantes. L'état général est relativement satisfaisant ; elle a des végétations adénoïdes.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est positif après réactivation au tréparsol.

La radioscopie montre un voile diffus au niveau du lobe supérieur droit et des ombres hilaires droites accentuées.

1^{re} série arsenicale. — On prescrit 0 gr. 04 à 0 gr. 08 de tréparsol pendant 1 mois, la croissance est très régulière, l'augmentation quotidienne est de 13 grammes.

1^{re} série mercurielle. — 3 fois XXIII gouttes de lactate de mercure pendant 10 jours, la croissance plus lente est de 8 grammes par jour.

1^{re} série opothérapique. — Immédiatement après on prescrit 10 jours de thyroïde, 0 gr. 02 et de capsules surrénales 0 gr. 05, l'accroissement quotidien est de 12 grammes.

10 séances de rayons ultra-violets.

2^e série arsenicale. — Après 1 mois de repos on reprend le tréparsol aux doses de 0,06 à 0 gr. 12. L'enfant quitte la Fondation le 30^e jour de cette cure arsenicale, après un accroissement régulier, mais faible (9 grammes par jour).

Le 20 juin, le Wassermann est négatif.

L'état général à la sortie est très amélioré, le poids de l'enfant est de 6 kgr. 620 ; sa taille est de 64 centimètres ; elle n'a pas de dents. La croissance après un séjour de 5 mois fut très

régulière, mais l'augmentation de poids est moyenne, gain mensuel 44 ; l'enfant reste une hypotrophique pondérale.

OBSERVATION VI (N° 64, 1926)

Delap... Nelly, envoyée le 26 mars 1926 de l'hôpital Bretonneau, pour une convalescence de rougeole, au cours de laquelle elle a perdu 1 kgr. 500. Elle est âgée de 16 mois. Son poids est de 8 kgr. 745 ; sa taille est de 73 centimètres. Son rapport P/T = 119. Elle a le poids d'une enfant de 10 à 11 mois ; sa taille est normale.

Il s'agit d'une *hypotrophique pondérale grave, rachitique*, à gros ventre ; la rate n'est pas perceptible, le foie normal, la fontanelle est largement ouverte. L'état général assez satisfaisant. L'enfant est un peu épaisse. Elle ne se tient pas sur ses jambes et a 12 dents.

Les digestions sont mauvaises, les selles fétides, l'appétit nul.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est faiblement positif H 5 après réactivation au tréparsol.

La radioscopie montre un voile léger de la partie supérieure du poumon gauche.

1^{re} série arsenicale. — Du 27 mai au 31 avril on donne 0 gr. 09 à 0 gr. 16 de tréparsol (3 jours de repos, 4 jours de traitement). L'augmentation de poids pendant ces cinq semaines est de 180 grammes, soit 13 grammes par jour. Le tréparsol est parfaitement toléré ; les deux premiers jours l'enfant perd 50 grammes, puis la croissance reprend régulièrement. L'appétit est meilleur, les selles toujours fétides.

1^{re} série mercurielle. — Après 8 jours de repos on donne 3 fois XXXV gouttes de lactate de mercure pendant 10 jours ; l'augmentation quotidienne est alors de 20 grammes.

1^{re} série d'opothérapie. — On prescrit après 8 jours de repos, 10 jours de thyroïde 0 gr. 02 et de surrénale 0 gr. 05 ; l'enfant augmente régulièrement de 35 *grammes* par jour.

Du 26 mars au 23 juin, elle reçoit 8 séances de rayons ultra-violets.

2^e série arsenicale. — Le 17 juin, 8 jours après l'opothérapie, on recommence une série de tréparsol aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20, au cours de laquelle l'enfant quitte la fondation ; elle a pris 935 *grammes*, soit une augmentation quotidienne importante de 62 *grammes* par jour.

Elle est âgée à sa sortie du Centre de 19 mois, pesant 11 kgr. 635 ; la courbe de poids fut très régulière ; sa taille est de 76 *centimètres* ; elle a 16 dents. Elle a donc augmenté en 3 mois de 2 kgr. 890, soit une augmentation mensuelle considérable : 963 *grammes*. Elle a regagné et dépassé même son retard pondéral et l'état général est très satisfaisant. Le Wassermann n'a pas été fait après le traitement.

OBSERVATION VII (N^o 114, 1926)

Andr... Georgette, née à terme ; son poids de naissance est inconnu ; elle est élevée au sein jusqu'à 3 mois, puis au lait de vache ; elle a eu la rougeole, la varicelle et une otite ; elle est envoyée des Enfants-Malades, parce que sa croissance est stationnaire.

Son père et sa mère sont bien portants ; celle-ci a eu un autre enfant qui est en bonne santé ; elle n'a pas fait de fausse couche.

À son entrée à la Fondation, le 26 mars 1926, l'enfant est âgée de 16 mois ; elle a un poids de 7 kgr. 175, une taille de 71 *centimètres*, un rapport P/T = 101. Elle a un poids de 6 mois, une taille de 12 mois, un rapport du poids à la taille de 4 à 5 mois.

Il s'agit d'une hypotrophique totale ; l'enfant est très amaigrie, mais elle ne paraît pas cachectique.

La rate est perceptible, mobile, elle n'est pas dure, le foie est normal, la fontanelle antérieure n'est pas soudée, l'enfant ne marche pas et ne se tient pas debout ; elle a 6 dents.

Les digestions sont bonnes, mais l'appétit est très défectueux.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann, le 20^e jour de réactivation au tréparsol, est positive : H 4.

L'examen radioscopique révèle la présence de 3 petites taches au niveau du hile droit.

Le traitement mixte par voie buccale fut institué le 28 mars.

1^{re} série arsenicale. — On pratique une première cure de 5 semaines de tréparsol par séries de 3 jours, séparées les unes des autres par 4 jours de repos, aux doses de 0 gr. 08 à 0 gr. 14, soit 2 gr. 73 de tréparsol. Le troisième jour l'enfant présente une éruption urticarienne ne s'accompagnant pas de fièvre ; elle s'efface le 4^e jour et la médication arsenicale est reprise le 6^e jour. On ne note pendant cette série aucun autre incident attribuable au tréparsol : les selles sont normales, mais l'anorexie persiste : quelques poussées fébriles sont en rapport avec une otite bilatérale tenace.

L'accroissement pondéral est de 215 grammes ; l'état général est amélioré, l'enfant marche depuis le 2 mai.

1^{re} série mercurielle. — Après 7 jours de repos, le lactate neutre de mercure est prescrit pendant 10 jours, à la dose de XXX gouttes par jour.

Le gain de poids est de 65 grammes ; l'appétit amélioré reste capricieux.

1^{re} série d'opothérapie. — Le 29 mai, après un repos de 8 jours, 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale sont prescrits, l'accroissement est manifeste, le gain est de 240 grammes.

Du 28 mai au 2 juillet, l'enfant reçoit 10 séances de rayons ultra-violet.

Après 40 jours de repos, le traitement mixte est repris.

2^e série arsenicale. — Le tréparsol est donné, pendant 5 semaines, aux doses de 0 gr. 08 à 0 gr. 15, soit au total 2 gr. 47 ; on ne note aucun incident pendant cette cure.

Le 16 juillet, la réaction de Bordet-Wassermann est négative : H 8. L'enfant est très amélioré, l'appétit est toujours capricieux, le gain est de 180 grammes.

2^e série mercurielle. — Après un repos de 10 jours, on prescrit dans la journée 3 fois XXX gouttes de lactate de mercure, pendant 10 jours.

L'enfant prend 120 grammes et l'appétit est plus satisfaisant.

2^e série d'opothérapie. — Après 15 jours de repos on donne pendant 10 jours 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale. L'accroissement pondéral est de 130 grammes.

L'enfant quitte la Fondation le 8 octobre 1926 ; elle est âgée de 22 mois et demi et son poids est de 8 kgr. 550, sa taille est de 72 centimètres ; elle a augmenté de 1 kgr. 375, soit un accroissement mensuel de 229 grammes. L'état général est très amélioré, la fontanelle antérieure n'est pas complètement soudée ; elle a 16 dents et marche. La rate n'est plus perceptible.

En résumé. — Le traitement mixte chez cette hypotrophique fut bien toléré, la poussée d'urticaire au début de la 1^{re} série arsenicale n'a duré que 24 heures et n'a pas nécessité l'arrêt du tréparsol ; il a amené une amélioration notable de l'état général. La courbe de poids assez régulière est comparable à celle d'une enfant saine du même âge (229 grammes par mois). L'accroissement pondéral fut plus manifeste au cours des séries de la deuxième cure du traitement mixte. L'enfant reste très petite comme taille et comme poids, le degré de son hypotrophie par rapport au développement moyen d'une fille du même âge ne s'est pas modifié.

**Hypotrophiques dont le Wassermann positif
à l'hôpital
est négatif après réactivation à la fondation**

TABLEAU II

OBSERVATION XI

(1^{er} séjour : N° 343, 1925 ; 2^e séjour : N° 43, 1926)

Dén... René est né à terme ; son poids de naissance est inconnu ; ses parents sont bien portants ; il est envoyé des Enfants-Malades pour achever la convalescence d'une broncho-pneumonie grave. La réaction de Bordet-Wassermann, recherchée dans le service de M. le Professeur Nobécourt, est *positive H 3*.

Il entre à la Fondation le 24 avril 1926, âgé de 8 mois, avec un poids de 5 kgr. 690, une taille de 61 centimètres, un rapport de P/T = 93. Par rapport à un garçon du même âge, il a un poids de 3 mois et demi, une taille de 3 mois.

Cet enfant est un *hypotrophique total* avec un état général médiocre, mais non cachectique.

La fontanelle antérieure est largement ouverte, l'enfant a une dent et ne se tient pas debout.

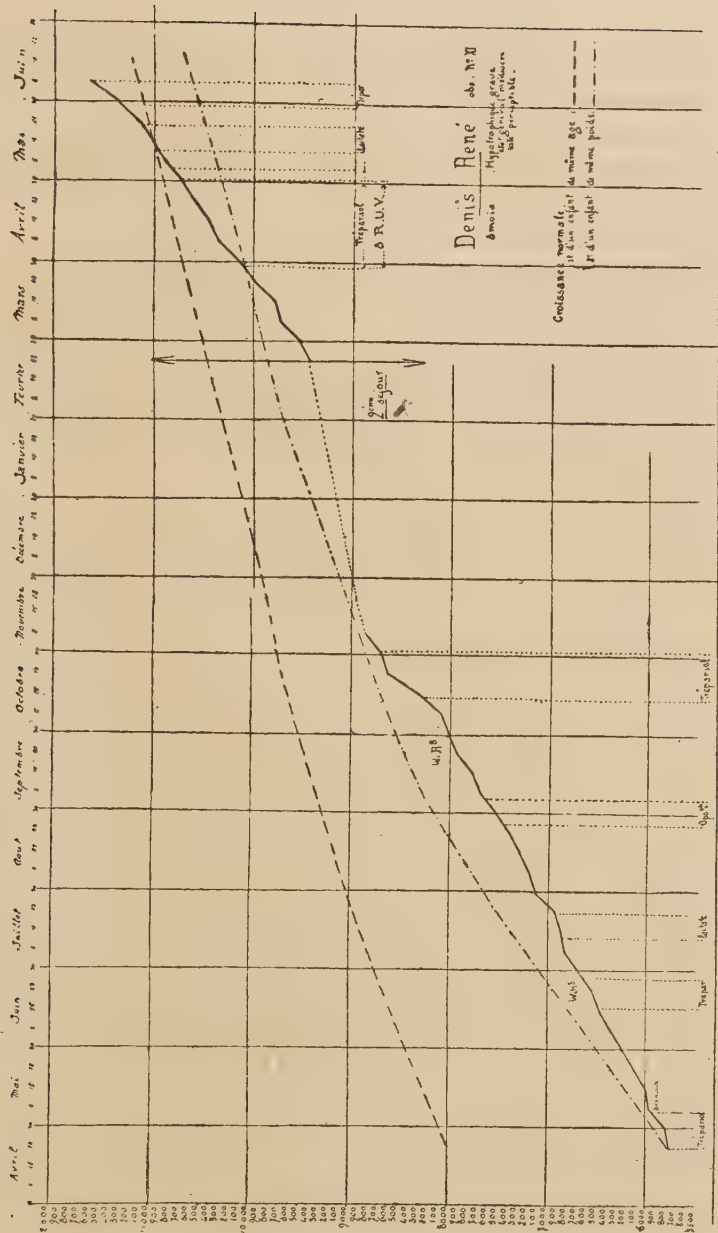
La rate est perceptible, le foie normal.

Les digestions sont bonnes.

La cuti-réaction est négative.

Le Bordet-Wassermann est *négatif* après la réaction au tréparsol.

1^{re} série arsenicale. — Le 25 avril le tréparsol est commencé aux doses de 0 gr. 06 à 0 gr. 10 (3 jours de traitement et 4 jours de repos par semaine). L'enfant présentant de la fièvre, il est interrompu le 6 mai, une bronchite se déclare le 14.



mai suivie d'une rechute le 6 juin. Le 16 juin le tréparsol est repris (à la même dose jusqu'au 26 juin). il est parfaitement toléré.

Pendant cette période de 2 mois, l'augmentation de poids est de 910 grammes, soit 15 grammes par jour en moyenne. La dose totale de tréparsol a été peu élevée : 0 gr. 90.

Le Bordet-Wassermann est négatif le 29 juin.

1^{re} série de lactate. — Après un repos de 16 jours on prescrit le lactate de mercure à la dose de XXX gouttes, 3 fois par jour pendant 10 jours.

L'accroissement pondéral est de 95 grammes.

1^{re} série d'opothérapie. — Le traitement opothérapique n'est institué qu'un mois après, le 25 août. On donne 0 gr. 01 de thyroïde, 0 gr. 02 de surrénale.

L'enfant gagne pendant ces 10 jours 180 grammes ; il a 3 dents.

2^e série arsenicale. — On commence une série de tréparsol le 14 octobre (0 gr. 08 à 0 gr. 16), au cours de laquelle l'enfant quitte la Fondation, le 6 novembre 1926, âgé de 14 mois $\frac{1}{2}$.

A sa sortie, son état général est bon, il a pris en 6 mois $\frac{1}{2}$ 3 kgr. 600 soit un accroissement mensuel de 246 grammes. La courbe de poids fut régulière, la croissance plus lente que normalement, elle est à cet âge de 350 grammes par mois environ ; la taille qui s'est accrue de 12 cm. est de 73 cm. ; l'enfant a 4 dents.

En somme cet hypotrophique a rattrapé en 6 mois la moitié de son retard pondéral et les $\frac{2}{3}$ de son retard statural.

Deuxième séjour. — Agé de 17 mois, l'enfant est de retour à la Fondation le 19 février 1926. Son état est resté stationnaire pendant les 2 mois et demi qu'il a passé chez ses parents.

Le poids est de 9 kgr. 420, sa taille est de 82 cm. ; l'hypotrophie pondérale persiste seule.

La fontanelle antérieure n'est pas soudée. L'enfant a 10 dents, il ne marche pas et ne se tient pas debout.

Les digestions sont mauvaises, les selles fétides, l'anorexie très marquée.

L'auscultation révèle des signes de bronchites diffuses avec foyers humides pleuro-parenchymateux de la base gauche.

La cuti-réaction est toujours négative.

La radioscopie montre une légère adénopathie bilatérale et une obscurité de la base gauche.

3^e série arsenicale. — Après l'amélioration des troubles digestifs et l'atténuation des symptômes pulmonaires, le tréparsol est institué le 27 mars aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20, par séries de 4 jours de traitement séparées par 3 jours de repos.

L'accroissement pondéral pendant les 5 semaines de traitement est manifeste ; il est de 970 grammes, soit un gain quotidien de 25 grammes.

2^e série mercurielle. — Le 10 mai on prescrit 3 fois XXXV gouttes de lactate de mercure pendant 10 jours ; le poids augmente de 150 grammes et l'enfant fait ses premiers pas.

Du 8 mars au 31 mai, 10 séances de rayons ultra-violets furent pratiquées.

4^e série arsenicale. — Le tréparsol fut repris le 29 mai à la place de l'opothérapie, aux doses de 0 gr. 12, 0 gr. 22.

L'enfant quitte la Fondation le 4 juin, très amélioré, il est âgé de 21 mois, il pèse 10 kgr. 620 et sa taille est de 83 cm. ; il a 15 dents.

Pendant ce deuxième séjour il a augmenté en 4 mois de 1 kgr 200, soit un accroissement mensuel de 300 grammes. Ce chiffre est nettement supérieur au gain mensuel des garçons du même âge (200 grammes).

Cette observation est particulièrement intéressante, l'amélioration, ébauchée au cours des séries de la première cure de traitement mixte, fut définitive après celles de la seconde. Au

point de vue pondéral et statural, l'enfant a dépassé le poids et la taille moyenne des garçons du même âge.

OBSERVATION XII (N° 115, 1926)

Del. Claude est né à terme de parents bien portants ; son poids de naissance est inconnu. Il a été hospitalisé dans le service de M. le Professeur Nobécourt en 1925 pour des troubles digestifs graves. La réaction de Bordet-Wassermann a été trouvée fortement positive H 1, dans ce service et un traitement au sulfarsénol fut institué.

A son entrée à la Fondation, le 21 mai 1926, il est âgé de 9 mois et demi. Son poids est de 5 *kgr.* 400 ; sa taille de 65 centimètres. Son rapport P/T = 83.

C'est un *hypotrophique total* à prédominance pondérale, très amaigri, mais il n'est pas cachectique, la peau est souple sans sécheresse, le teint est pâle, les muqueuses sont peu colorées.

L'abdomen est mou, la rate n'est pas perceptible, le foie normal ; il y a de la micropolyadénopathie.

Il a la fontanelle antérieure largement ouverte, un chapelet costal, des bourrelets sus-malléolaires ; il a deux dents et ne marche pas.

Les selles sont mal digérées et fétides, l'appétit est capricieux.

La cuti-réaction est négative.

L'examen radiologique montre un léger voile dans le champ pulmonaire droit.

Le Bordet-Wassermann est *négatif* après la réactivation au tréparsol.

1^{re} série mercurielle et opothérapique. — L'enfant ayant reçu une série de sulfarsénol aux Enfants-Malades, on commence le traitement mixte par le mercure et l'opothérapie le

23 mai 1926. Le lactate est donné pendant 15 jours à la dose de XX gouttes, 3 fois par jour, et en même temps 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénal.

Le gain est important : 675 grammes, soit une moyenne très élevée de 43 grammes par jour malgré la persistance de troubles digestifs.

1^{re} série arsenicale. — Après 1 mois de repos, le tréparsol est donné le 2 juillet 1926, aux doses de 0 gr. 06 à 0 gr. 12 pendant 5 semaines. Les troubles digestifs se sont améliorés, l'appétit est plus régulier.

L'enfant prend 900 grammes, soit 25 grammes par jour. Il a 8 dents ; l'état général pourtant reste médiocre et l'anémie persiste.

2^e série mercurielle et opothérapique. — On recommence le lactate après un repos de 8 jours à la dose de 3 fois XXV gouttes et l'opothérapie aux mêmes doses que précédemment (0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale). L'état général s'est amélioré et l'accroissement pondéral sans atteindre les chiffres élevés de la cure précédente est manifeste : 320 grammes, soit 21 grammes de gain quotidien.

2^e série arsenicale. — Après les bons effets obtenus au cours des séries du traitement mixte précédent, on laisse l'enfant 2 mois au repos et la courbe de poids reste régulièrement croissante. Le 2 octobre, on prescrit le tréparsol aux doses de 0 gr. 08 à 0 gr. 16 pendant 5 semaines.

Le gain a été cette fois-ci assez faible, l'enfant a pris 165 grammes.

Il quitte la Fondation le 4 novembre, âgé de 14 mois ; l'état général est très satisfaisant, le rachitisme amélioré ; l'enfant est moins pâle ; il ne marche pas ; son poids est de 9 kgr. 215 ; sa taille de 73 centimètres ; il a 8 dents.

L'augmentation de poids a été très importante ; 3 kgr. 815, ce qui fait un accroissement mensuel de 663 grammes (au lieu de 250 à 300 gr., gain moyen d'un enfant de cet âge). En

l'espace de 5 mois, l'enfant a rattrapé les 4/5^e de son retard pondéral et la totalité de son retard statural.

OBSERVATION XIII (N° 156, 1926)

Surgi... Maurice, envoyé des Enfants-Malades, pour une convalescence de troubles digestifs graves et un retard de croissance important. Dans le service de M. le Professeur Nobécourt la réaction de Bordet-Wassermann est *positive totale H°*.

Il entre le 5 juillet 1926, âgé de 14 mois ; son poids est de 8 kgr. 800 ; sa taille de 75 centimètres. Son rapport P/T = 117. Il a le poids d'un enfant de 10 à 11 mois, une taille normale.

Il est né à terme ; a été nourri par sa mère 1 mois et demi.

C'est un *hypotrophique pondéral*, rachitique, son crâne est gros, carré, la fontanelle antérieure largement ouverte. Il a 6 dents, ne marche pas.

L'abdomen est mou, la rate grosse et dure, le foie normal.

La cuti-réaction est négative.

La réaction de Wassermann *négative* après réactivation au tréparsol.

1^{re} série arsenicale. — Le 13 juillet on commence le tréparsol, aux doses de 0 gr. 09 à 0 gr. 16 (4 jours de traitement, 3 jours de repos). En 3 semaines, il a reçu 2 gr. 45 de tréparsol, la croissance est très irrégulière, l'augmentation de poids est de 160 grammes, soit 7 grammes par jour. L'enfant présente des troubles digestifs, les selles sont fréquentes et fétides, la cure arsenicale est écourtée.

2^e série arsenicale. — Le tréparsol est repris le 28 septembre, pendant 5 semaines, aux mêmes doses que précédemment ; on note une perte de poids le 3^e jour, puis la croissance reprend très irrégulière et cette 2^e cure arsenicale n'est

pas plus favorable que la première. L'augmentation ne fut que de 60 grammes, la courbe de poids très oscillante.

1^{re} série mercurielle. — Le lactate est prescrit immédiatement après (3 fois XXXIII gouttes en 10 jours) l'enfant augmente de 17 grammes par jour.

1^{re} série d'opothérapie. — Les 10 jours suivants on donne 0 gr. 02 de thyroïde, 0 gr. 05 de surrénale. Il augmente de 40 grammes seulement.

9 séances de rayons ultra-violetts sont données du 28 octobre au 30 novembre.

3^e série arsenicale. — Le 23 novembre, le tréparsol est prescrit aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 18. L'enfant quitte la Fondation le 3 décembre. Son état général est satisfaisant, l'appétit meilleur, la fontanelle n'est pas encore soudée ; il marche ; il a 14 dents. Agé, à sa sortie du Centre, de 18 mois, il pèse 10 kgr. 300 ; pendant 5 mois de séjour il n'a augmenté que de 1 kg. 500. Soit 300 grammes par mois, un peu plus que la moyenne normale. Il reste hypotrophique pondéral.

OBSERVATION XIV (N° 46, 1926)

Land... Yvonne, envoyée le 19 février des Enfants-Malades pour un retard pondéral important et une croissance stationnaire. La réaction de Bordet-Wassermann est *positive totale H°*.

Agée de 10 mois, elle pèse 5 kgr., sa taille est de 65 centimètres. Son rapport P/T = 76 ; elle a le poids d'un enfant de 2 à 3 mois, la taille de 7 mois.

Il s'agit d'une *hypotrophique totale* à prédominance *pondérale*. Son état général est assez satisfaisant.

La rate est perceptible, le foie normal.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann *négatif* après la réactivation au tréparsol.

1^{re} série arsenicale. — On commence le 21 février le tréparsol aux doses de 0 gr. 06 à 0 gr. 10 (3 jours de traitement et 4 jours de repos). En 5 semaines, l'enfant a pris 2 grammes de tréparsol, la courbe de poids fut très régulière, le gain quotidien fut de 26 grammes.

1^{re} série mercurielle et opothérapique. — Après 8 jours de repos on prescrit pendant 15 jours 3 fois XXV gouttes de lactate de mercure et 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale. Le gain est moyen : 15 grammes par jour.

7 séances de rayons ultra-violets sont données du 1^{er} avril au 21 mai.

2^e série arsenicale. — Le 4 mai le tréparsol est prescrit aux doses de 0 gr. 06 à 0 gr. 13, suspendu le 18 à cause d'une bronchite avec fièvre ; il est repris le 2 juin pendant 4 semaines. L'augmentation de poids est alors appréciable : 650 grammes, soit 23 grammes par jour.

8 séances de rayons ultra-violets sont données à nouveau du 4 juin au 28 juin.

L'enfant quitte la Fondation le 2 juillet, âgée de 14 mois et demi, pesant 7 kgr. 335 ; sa taille est de 71 centimètres. En 4 mois et demi, elle a pris 2 kgr. 335, soit une augmentation mensuelle de 608 grammes, qui correspond à l'accroissement d'un enfant de même poids. Elle reste hypotrophique.

OBSERVATION XV (N^o 151, 1926)

Lag... Guy, envoyé de l'hôpital des Enfants-Malades pour une convalescence de broncho-pneumonie. Le Wassermann fait dans le service de M. le Professeur Nobécourt est négatif H 7. Le Hecht est légèrement positif H 6. Il a été traité par des frictions mercurielles.

Agé de 10 mois, il entre à la Fondation le 26 juin 1926 ; son poids est de 6 kgr. 820, sa taille de 63 centimètres. Il a

un poids et une taille de 5 à 6 mois. Il s'agit d'un *hypotrophique total* grave, *dystrophique et rachitique*. Le crâne est régulièrement augmenté de volume (hydrocéphalie légère) ; il ne marche pas, n'a pas de dents. La fontanelle antérieure est largement ouverte.

La rate n'est pas perceptible, le foie normal.

La cuti-réaction est négative. Le Wassermann est négatif après réactivation.

La radioscopie montre un voile diffus des deux champs pulmonaires sans localisation.

1^{re} série arsenicale. — On commence de suite le tréparsol aux doses de 0 gr. 07 à 0 gr. 15 (4 jours de traitement, 3 jours de repos). En 5 semaines, l'enfant a pris 2 gr. 64 de tréparsol, la croissance a été très irrégulière et il n'a augmenté que de 140 grammes.

1^{re} série mercurielle. — Le traitement mixte est suspendu pendant 1 mois, l'enfant ayant fait en septembre une bronchite avec fièvre élevée. Le 26 septembre on donne 10 jours de lactate de mercure, 3 fois XXII gouttes, la croissance reprend régulière, le gain quotidien est de 30 grammes.

1^{re} série d'opothérapie. — Après un repos de 8 jours on donne 10 jours de 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale. L'augmentation est alors de 330 grammes.

Du 28 octobre au 12 novembre, l'enfant reçoit 5 séances de rayons ultra-violets.

Le Wassermann et le Hecht sont négatifs le 18 novembre.

2^e série arsenicale. — Le 2 novembre, le tréparsol est repris aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 16 (4 jours de traitement, 3 jours de repos). L'enfant quitte la Fondation le 19 novembre, après avoir pris, pendant 17 jours, 1 gr. 55 de tréparsol et augmenté régulièrement de 31 grammes par jour en moyenne.

Son état général est satisfaisant, la fontanelle est toujours largement ouverte, l'hydrocéphalie persiste. Il est âgé de 15 mois, pèse 8 kgr. 960, sa taille est de 74 centimètres ; il a 3 dents et ne marche pas ; il a augmenté de 2 kgr. 140, soit un

gain mensuel de 430 grammes. La croissance, très irrégulière au cours de la première cure arsenicale, a été plus rapide aux cours des autres séries. Il a regagné son retard statural ; il reste très hypotrophique pondéral.

Hypotrophiques hérédo-syphilitiques dont le Wassermann est négatif

TABEAU III

OBSERVATION XX (N° 144, 1926)

Chamb... André, envoyé de l'hôpital Bretonneau, où il a été soigné par des frictions mercurielles et du sulfarsénol pour encéphalite syphilitique. Né avant terme (8 mois), pesant 3 kgr. 500 ; a présenté des phénomènes méningés à la naissance. Sa mère est hémiplégique et en traitement.

Agé de 1 an et 6 mois, il pèse 9 kg. 280 ; sa taille est de 76 centimètres et demi. Il a un poids de 12 mois, une taille normale.

Il s'agit d'un *hypotrophique pondéral moyen* ; l'état général est assez satisfaisant ; on ne trouve pas de modification des réflexes, ni de troubles moteurs, mais une *hypotonicité* marquée et un retard intellectuel important. L'enfant est un peu épais, le foie est normal, la rate n'est pas perceptible ; il ne marche pas ; a 10 dents.

1^{re} série arsenicale. — La cure de sulfarsénol commencée à Bretonneau est continuée pendant 1 mois. La croissance est régulière, le gain quotidien de 31 grammes.

1^{re} série mercurielle et opothérapique. — 3 fois XXXV gouttes de lactate de mercure pendant 15 jours et 10 jours de

0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale. La croissance reste stationnaire.

2^e série arsenicale. — Après un mois de repos le traitement mixte est repris ; 0 gr. 10 à 0 gr. 18 de tréparsol pendant 1 mois (4 jours de traitement et 3 jours de repos. Le poids reste stationnaire.

2^e série mercurielle et opothérapique. — 15 jours de lactate de mercure (3 fois XXXV gouttes) et 10 jours de thyroïde ; 0 gr. 02 et 0 gr. 05 de surrénale. Gain quotidien : 10 grammes par jour.

Il quitte la Fondation, âgé de 2 ans et un mois, après un séjour de 4 mois et demi. Il pèse 11 kg. 210 ; sa taille est de 80 cm., et a 13 dents.

L'état général est très amélioré, l'enfant commence à marcher la croissance fut irrégulière. Le gain de poids total est de 1 kgr. 930 (accroissement mensuel de 428 gr.) ; le développement psychique est amélioré. Il n'est plus hypertrophique.

OBSERVATION XXI (N^o 181, 1926)

Duff... Antoine, envoyé des Enfants-Malades pour un retard de poids important et une croissance stationnaire. Né à 8 mois, son poids de naissance est inconnu.

Agé de 2 ans, il entre à la Fondation le 6 octobre 1926 ; son poids est de 10 kg. 420 ; sa taille de 78 centimètres ; son rapport P/T = 133. Il a un poids de 17 à 18 mois, une taille de 21 à 22 mois.

C'est un hypotrophique grave, surtout pondéral, rachitique. Son crâne est irrégulièrement bosselé, son thorax très déformé. La rate est perceptible, le foie normal. Il a 12 dents, ne marche pas et ne se tient pas sur ses jambes. Le teint est pâle, les muqueuses peu colorées.

Les digestions sont mauvaises, les selles fétides, l'appétit nul.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est *négatif* après réactivation au tréparsol.

1^{re} série arsenicale. — Le 7 octobre, le tréparsol est donné aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 (4 jours de traitement, 3 jours de repos) pendant 1 mois, l'appétit reste médiocre. L'enfant prend 450 grammes, les selles sont améliorées.

1^{re} série mercurielle. — Immédiatement après on prescrit 10 jours de lactate de mercure (3 fois XXXV gouttes). L'enfant augmente de 30 grammes par jour.

1^{re} série d'opothérapie. — Les 10 jours suivants on donne 0 gr. 02 de thyroïde, 0 gr. 05 de surrénale. Le gain est de 100 grammes.

Du 4 novembre au 3 décembre, il reçoit 10 séances de rayons ultra-violets.

Après ce premier traitement mixte l'état général est amélioré, la courbe de poids est régulière, l'ascension lente, la pâleur persiste, l'enfant ne se tient toujours pas sur ses jambes. On reprend sans intervalle de repos la série suivante, le 3 décembre.

2^e série arsenicale. — Le tréparsol est prescrit aux doses de 0 gr. 11 à 0 gr. 20 pendant 1 mois, après une perte de poids passagère les premiers jours, la croissance reprend régulière, et le gain est particulièrement important ; 23 grammes par jour. Le teint et les muqueuses se colorent, l'enfant est plus vif ; il commence à se tenir debout, l'appétit est meilleur.

2^e série mercurielle. — Les 10 jours suivants on donne le lactate de mercure (3 fois XXXV gouttes). L'augmentation de poids est de 20 grammes par jour. Le Wassermann est négatif le 14 janvier.

2^e série d'opothérapie. — L'enfant prend, les 10 jours suivants, 0 gr. 02 de thyroïde, 0 gr. 05 de surrénale, le gain très important est de 390 grammes.

Le 28 juillet, âgé de 27 mois et demi, il quitte la Fondation,

très amélioré. Les lésions rachitiques persistent, mais l'état général s'est beaucoup modifié. Il est moins pâle, commence à marcher. Son poids est de 12 kg. 470 ; sa taille de 81 centimètres ; il a 16 dents. En 3 mois et demi, l'enfant a augmenté de 2 kgr. 050, soit un gain mensuel moyen de 482 grammes (il est à cet âge de 80 grammes environ). Une croissance régulière, aussi rapide que dans les premiers mois de la vie, lui a permis, en peu de temps, de rattraper et de dépasser même un retard pondéral important. L'amélioration de l'état général et les gains de poids furent particulièrement sensibles au cours de la deuxième série du traitement mixte.

OBSERVATION XXII (N° 346, 1925)

Lavoi... Emma, envoyée des Enfants-Malades, en période de réactivation par le lactate de mercure le 1^{er} mai 1925. Elle est née à terme, pesant 3 kg.

Agée de 6 mois, elle pèse 4 kg. 260 ; sa taille est de 55 centimètres. Elle a le poids d'une enfant de 1 à 2 mois.

C'est une *hypotrophique totale grave, rachitique* : léger *cranio-tabès* ; la racine du nez est écrasée, la rate est perceptible, le foie est normal, les plis de l'anūs sont épaissis.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est *négatif* après la réactivation.

1^{re} série arsenicale. — On commence le tréparsol le 3 mai, aux doses de 0 gr. 05 à 0 gr. 08 (3 jours de traitement, 4 jours de repos). Le 19, l'enfant présentant de la fièvre (37°6), on redescend à la dose de 0 gr. 05, la fièvre persistant, on arrête le tréparsol le 23 mai. Une poussée de pyodermite explique cet état fébrile qui ne peut être attribué à la médication arsenicale.

En 20 jours l'enfant a pris 0 gr. 74 de tréparsol et aug.

menté de 940 grammes, soit un gain quotidien de 47 grammes.

1^{re} série mercurielle. — Le 9 juin on prescrit pendant 15 jours 3 fois X gouttes de lactate de mercure, l'accroissement est régulier de 20 grammes par jour.

1^{re} série d'opothérapie. — Après un repos de 12 jours, on donne 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale pendant 12 jours, le gain quotidien est de 33 grammes en moyenne.

2^e série arsenicale. — Après un mois de repos, le traitement mixte est repris le 24 août ; on commence la série de tréparsol à la dose de 0 gr. 06 à 0 gr. 15 (3 jours de traitement, 4 jours de repos). En 1 mois, elle a pris 2 gr. 19 de tréparsol. La croissance est restée stationnaire. Pendant cette période, l'enfant a eu 4 dents ; cette poussée dentaire s'est accompagnée d'une anorexie persistante et de légers mouvements fébriles. Elle quitte la Fondation le 28 septembre 1925, âgée de 11 mois, pesant 7 kgr. 175, ayant augmenté en 5 mois de 2 kgr. 915. La courbe de poids fut très régulière au cours des premières séries du traitement mixte. Le gain mensuel fut de 583 grammes. L'état général est amélioré, mais elle reste très hypotrophique.

OBSERVATION XXIII (N° 100, 1926)

- Roq... Odette, hérédosyphilitique de deuxième génération, envoyée de la Maternité. Sa mère présente des stigmates évidents d'hérédosyphilis et est en traitement ; elle a eu trois enfants, deux sont morts en bas-âge. A la Maternité, l'enfant a présenté une gomme de la cuisse et une série de sulfarsénol fut commencée.

Elle entre à la Fondation, le 7 mai 1926, à l'âge de 4 mois, avec un léger retard de croissance ; elle pèse 4 kg. 810 ; sa taille est de 57 centimètres ; elle a un poids de 2 à 3 mois ; une taille de 2 mois environ.

Il s'agit d'une hypotrophique légère, l'état général est satisfaisant. L'abdomen est gros, la rate est *perceptible et dure*, le foie est *augmenté de volume* ; elle a des végétations adénoïdes et du cornage nasal. Sur la cuisse gauche et le dos on voit les cicatrices de gommès. Les digestions sont mauvaises, les selles fétides.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est négatif après réactivation.

1^{re} série arsenicale. — La cure de sulfarsénol commencée à la Maternité est continuée jusqu'au 28 mai, la croissance est régulière (15 grammes par jour en moyenne).

1^{re} série mercurielle. — Après un repos de 15 jours on prescrit 3 fois X gouttes de lactate de mercure, les gains quotidiens sont alors de 24 grammes pendant les 10 jours de traitement.

1^{re} série d'opothérapie. — Après 8 jours de repos on donne 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale pendant 10 jours ; la croissance toujours régulière est plus lente (13 grammes par jour). L'enfant a 2 dents.

Le traitement mixte est repris le mois suivant.

2^e série arsenicale. — Un mois de tréparsol (0 gr. 06 à 0 gr. 13) la croissance régulière est lente : 8 grammes par jour.

2^e série mercurielle et opothérapique. — 15 jours de lactate de mercure (3 fois XV gouttes) et 10 jours de thyroïde, 0 gr. 02 et 0 gr. 05 de surrénale. L'accroissement pondéral est important : 23 grammes par jour.

Le 18 octobre, l'enfant quitte la Fondation, très améliorée ; elle est âgée de 9 mois, pèse 7 kg. 470 ; a 3 dents. Après un séjour de 5 mois et demi ; elle a augmenté de 2 kg. 660, soit un accroissement mensuel de 482 grammes en moyenne ; grâce à une croissance régulière, l'enfant a rattrapé son retard pondéral.

OBSERVATION XXIV (N° 206, 1926)

Hein... Ginette, envoyée de l'hôpital Bretonneau, où elle a été hospitalisée pour une gomme du sterno-cléido-mastoïdien et traitée par des frictions mercurielles. Son père est strabique, le Wassermann des parents est négatif. Elle est née à terme, pesant 2 kg. 270 ; a été nourrie au sein 4 semaines ; elle a eu des vomissements constants pendant les premiers mois.

Agée de 6 mois et demi, elle entre à la Fondation le 26 octobre 1926, son poids est de 3 kg. 730, sa taille de 58 centimètres et demi ; elle a le poids de 1 à 2 mois, la taille de 2 à 3 mois.

C'est une *hypotrophique totale*, rachitique, le crâne est gros, les bosses frontales un peu saillantes, les veines épicroïennes dilatées, la rate n'est pas perceptible, le foie normal.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann négatif après réactivation au tréparsol.

La radioscopie montre un petit nodule très opaque, au hile droit.

1^{re} série arsenicale. — Le tréparsol est commencé le 31 octobre, aux doses de 0 gr. 3 à 0 gr. 07 (4 jours de traitement, 4 jours de repos) ; pendant 5 semaines elle prend 1 gr. 40 de tréparsol, sa croissance est régulière, le gain quotidien est de 31 grammes.

1^{re} série mercurielle. — Après un repos de 8 jours, on prescrit, pendant 10 jours, 3 fois XV gouttes de lactate de mercure, elle augmente de 190 grammes.

1^{re} série d'opothérapie. — Immédiatement après on donne pendant 10 jours 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale. La croissance est toujours très régulière, le gain quotidien est de 19 grammes par jour.

Du 24 novembre au 10 janvier, elle reçoit 8 séances de rayons ultra-violets.

2^e série arsenicale. — Le tréparsol est repris le 25 décem-

bre, après un mois de repos, aux doses de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 (4 jours de traitement, 3 jours de repos). L'enfant l'a augmenté pendant ce mois de traitement de 18 grammes par jour.

Elle quitte la Fondation le 28 janvier, après un séjour de 5 mois ; son état général est très amélioré, la fontanelle antérieure est presque complètement soudée. Elle est âgée de 9 mois $\frac{1}{2}$, elle pèse 5 kg. 855, sa taille est de 64 cent. Elle a augmenté de 2 kg. 125, soit un gain mensuel moyen de 708 grammes. La croissance a été très régulière, l'accroissement mensuel correspond à celui d'une enfant de même poids, elle a regagné le tiers de son retard pondéral.

OBSERVATION XXV (N° 208, 1926)

Janv... Roger, envoyé le 29 octobre 1926 de l'Hôpital Trousseau pour une convalescence de troubles digestifs graves. Né à terme, poids de naissance 3 kg. 500. Elevé au sein jusqu'à 18 mois.

Agé de 2 ans et 7 mois, il pèse 8 kgs. 250, sa taille est de 73 centimètres. Son rapport P/T = 113. Il a un poids de 8 mois, une taille de 16 mois.

C'est un *hypotrophique grave, surtout pondéral, dystrophique et rachitique*, à gros ventre, le foie est normal, la rate grosse ; la fontanelle est incomplètement soudée, la poussée dentaire est retardée, 12 dents, l'enfant ne marche pas. Le teint est pâle, les muqueuses peu colorées.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est négatif après réactivation au tréparsol. 1^{re} série arsenicale. — 0 gr. 08 à 0 gr. 16 de tréparsol pendant 1 mois, dose totale 1 gr. 24.

Augmentation de poids : 800 grammes : quotidien 27 grammes. L'état général est meilleur, la pâleur persiste.

1^{re} série mercurielle. — Après 4 jours de repos, 3. fois XXXIII gouttes de lactate de mercure pendant 10 jours.

1^{re} série d'opothérapie. — 0 gr. 02 de thyroïde, 0 gr. 05 de surrénale pendant 10 jours.

La croissance fut régulière pendant ces deux dernières séries (20 à 22 grammes par jour environ). L'enfant marche seul, mais est toujours très pâle (15 jours d'hémostyl ont été associés au traitement).

2^e série arsenicale. — On reprend de suite le tréparsol aux doses de 0 gr. 09 à 0 gr. 18 ; pendant 1 mois la croissance est régulière : 27 grammes par jour.

2^e série mercurielle. — Les 10 jours suivants 3 fois XXXIII gouttes de lactate de mercure.

Le Wasserman est négatif le 30 janvier.

2^e série d'opothérapie. — Les 10 jours suivants, 0 gr. 02 de thyroïde, 0 gr. 05 de surrénale.

10 séances de rayons ultra-violets du 1^{er} novembre au 7 janvier.

Il quitte la Fondation le 25 février, âgé de 2 ans et 11 mois, son poids est de 10 kg. 750, sa taille de 76 centimètres. L'anémie persiste, la rate est perceptible, mais l'état général est amélioré, l'enfant est plus vif et marche. La fontanelle antérieure est soudée. En 4 mois, il a augmenté de 2 kg. 500, soit un accroissement mensuel de 625 grammes, très important pour un enfant de cet âge ; il reste encore hypotrophique, quoiqu'ayant rattrapé les deux tiers de son retard pondéral.

OBSERVATION XXVI (N° 6, 1926)

Dul... Odette est envoyée de l'hôpital Bretonneau, pour une convalescence de broncho-pneumonie, le 22 janvier 1926.

Âgée de 1 an, elle pèse 6 kg. 820, sa taille est de 67 centimètres ; elle a un poids de 5 à 6 mois, une taille de 8 à 9 mois.

C'est une *hypotrophique grave, anémique, rachitique*, à gros ventre, la rate est perceptible, le foie normal, elle a de la micropolyadénopathie et des signes d'adénopathie-trachéo-bronchique ; 2 dents, ne marche pas.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est négatif après réactivation.

Le traitement mixte n'est commencé qu'en avril.

1^{re} série mercurielle et opothérapique. — 3 fois XXX gouttes de lactate de mercure pendant 15 jours et 10 jours de 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale. La croissance est régulière et lente (11 grammes par jour).

4 séances de rayons ultra-violets du 12 au 30 avril.

1^{re} série arsenicale. — Après 10 jours de repos, on donne 5 semaines de tréparsol 0 gr. 04 à 0 gr. 16 (3 jours de traitement, 4 jours de repos). Le gain de poids quotidien est important, 30 grammes.

2^e série mercurielle et opothérapique.

3 fois XXX gouttes de lactate de mercure pendant 10 jours. Le poids augmente de 120 grammes.

Le 25 juin, elle quitte la Fondation âgée de 17 mois, son poids est de 9 kg. 180 ; sa taille est de 76 centimètres. L'état général est très satisfaisant, l'enfant est moins pâle ; elle a 4 dents. En 5 mois, elle a augmenté de 2 kg. 360, soit un accroissement mensuel de 472 grammes.

Elle reste hypotrophique. La croissance a été plus rapide au cours de la série arsenicale.

OBSERVATION XXVII (N° 141, 1926)

Panp..., hérédo-syphilitique, envoyé à la Maternité le 18 juin 1926. Il est né à terme, pesant 2 kg. 000. Il a été mis aux frictions mercurielles.

A son entrée à la Fondation, il est âgé de 1 mois et demi,

son poids est de 3 kg. 380, sa taille de 49 centimètres. L'état général est médiocre, l'abdomen est gros, la rate *perceptible*, le foie *augmenté de volume* ; il présente des rhagades nasales et rétro-auriculaires. Les testicules sont petits et durs ; à droite, il y a une hydrocèle. L'enfant a des végétations adénoïdes et une otite double. Les selles sont fréquentes et grumeleuses.

La cuti-réaction est négative.

Le Wassermann est négatif après réactivation au tréparsol.

Une série de sulfarsénol ayant été commencée à la Maternité, après les frictions mercurielles, on continue le sulfarsénol pendant une quinzaine de jours.

L'enfant augmente environ de 24 grammes par jour.

Un mois après, le traitement mixte par voie buccale est institué.

1^{re} série arsenicale. — 5 semaines de tréparsol 0 gr. 04 à 0 gr. 08, dose totale 1 gr. 34. La croissance est régulière, les gains journaliers sont de 24 grammes environ.

1^{re} série mercurielle et opothérapique. — Après un repos de 10 jours, le lactate est prescrit, 3 fois XX gouttes pendant 15 jours et en même temps l'opothérapie ; 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale pendant 10 jours, l'accroissement journalier est important : 44 grammes.

2^e série arsenicale. — Après 1 mois de repos, on donne le 24 octobre, pendant 1 mois, le tréparsol : 0 gr. 06 à 0 gr. 12 (dose totale 2 gr. 19). L'augmentation de poids est de 15 grammes par jour. Le 5 novembre le Wassermann est négatif.

2^e série mercurielle et opothérapique. — Les 15 jours suivants, 3 fois XV gouttes de lactate de mercure et 10 jours de 0 gr. 02 de thyroïde et 0 gr. 05 de surrénale ; la croissance est irrégulière, l'enfant présente au cours de ces séries de la rhino-pharyngite et de la bronchite avec fièvre ; il augmente de 130 grammes seulement.

Il quitte la Fondation le 17 décembre, pesant 7 kg. 080 ; il est âgé de 7 mois et demi ; sa taille est de 65 centimètres.

L'état général est très amélioré, la rate n'est plus perceptible, le foie est normal. L'hydrocèle droite persiste ; il n'a pas de dent. En 6 mois, il a augmenté de 3 kg. 700, soit un accroissement mensuel de 616 grammes en moyenne.

CHAPITRE V

Résultats

Nous étudierons l'action du traitement mixte sur le Wassermann, sur la croissance et sur les autres symptômes et, dans la mesure du possible, l'action comparative de chacun des éléments de la cure combinée.

1° ACTION DU TRAITEMENT MIXTE SUR LA RÉACTION DE WASSERMANN.

a) Dans 10 cas (obs. 1 à 10) le Wassermann était positif après la réactivation au tréparsol.

7 fois le Wassermann fut négativé après les trois premières séries arsenicales, mercurielles et opothérapiques.

2 fois la réaction sérologique s'est maintenue positive, malgré deux cures de traitement mixte.

Dans un cas (observ. n° IV), le Hecht totalement positif à l'entrée, reste positif après le traitement.

Dans le deuxième cas (obs. n° X) le Wassermann, positif après une cure de traitement mixte, n'a pas été modifié par une série d'acétylarsan. La négativation fut obtenue par le bismuth. Il s'agit vraisemblablement d'un cas arséno-résistant.

1 fois enfin, la réaction sérologique n'a pas été faite à la sortie de la Fondation.

b) Dans 9 cas, le Wassermann positif à l'hôpital a été trouvé négatif après la réactivation à la Fondation.

c) Dans les 33 cas où le Wassermann fut négatif à la Fondation, la négativation s'est maintenue dans 18 cas. Le Wassermann n'a pas été recherché à la sortie dans 15 cas.

2° ACTION DU TRAITEMENT MIXTE SUR LA CROISSANCE. PONDÉRALE.

a) *Action d'ensemble.* — L'action sur le poids est évidente dans l'immense majorité des cas. Les pesées journalières permettent de suivre méthodiquement l'influence du traitement sur les courbes d'accroissement ; elles furent, tantôt régulières, tantôt entrecoupées de courtes périodes de perte de poids. Ce qu'il y a de plus manifeste c'est l'instabilité de la croissance chez les hypotrophiques hérédosyphilitiques qui subissent, sous la moindre influence digestive, alimentaire ou infectieuse, des arrêts ou des retards importants, vite réparés lorsque la cause d'arrêt a disparu.

Les chiffres moyens des accroissements mensuels, reproduits dans le tableau ci-joint, parlent assez pour que tout commentaire à leur sujet soit superflu.

**Accroissements pondéraux mensuels
des hypotrophiques traités**

Jusqu'à 6 mois (croissance normale : 750 gr. à 550 gr.).

Bro... (3 mois).....	503 gr.
Gau... (3 mois).....	290 gr.
Lot... (3 mois).....	374 gr.
Roq... (4 mois).....	482 gr.
Rob... (5 mois).....	446 gr.
Web... (5 mois).....	441 gr.
Col... (5 mois).....	427 gr.
Leg... (6 mois).....	250 gr.
Hei... (6 mois).....	708 gr.
Lav... (6 mois)....	583 gr.
Den... (6 mois).....	246 gr. (1 ^{er} séjour)
Des... (6 mois).....	487 gr.

De 7 à 11 mois (croissance normale : 500 gr. à 300 gr.).

Del... (9 mois).....	663 gr.
Lan... (10 mois)....	608 gr.
Lag... (10 mois).....	430 gr.
Bro... (10 mois).....	338 gr.

*De 12 mois à 21 mois (croissance normale : 250 gr.
à 200 gr.).*

Dul... (12 mois).....	472 gr.
Bou... (12 mois).....	454 gr.
Fat... (12 mois).....	432 gr. (1 ^{er} séjour)
Sur... (14 mois).....	300 gr.
Mon... (14 mois).....	295 gr.
Lus... (15 mois).....	626 gr.
Pam... (16 mois).....	654 gr.
And... (16 mois).....	229 gr.
Del... (16 mois).....	963 gr.
Leg... (16 mois).....	680 gr.
Den... (17 mois).....	300 gr. (2 ^e séjour)
Lau... (18 mois).....	502 gr.
Pru... (18 mois).....	255 gr.
Hey... (19 mois).....	265 gr.
Des... (19 mois).....	487 gr.
Van... (20 mois).....	360 gr.
Bea... (21 mois).....	265 gr.

*De 22 mois à 2 ans 1/2 (croissance normale : 200
à 80 gr.).*

God... (23 mois).....	386 gr.
Duf... (24 mois).....	482 gr.
Vit... (24 mois).....	370 gr.
Fat... (26 mois).....	334 gr. (2 ^e séjour)
Wan... (28 mois).....	422 gr.
Jan... (31 mois).....	625 gr.

Accroissement nul.

Avi... Jac... Dup... Bou... Bea...

La possibilité pour un hypotrophique de retrouver un accroissement voisin de la normale, dépend de l'importance du retard initial ; mais il faut aussi tenir compte de la durée de séjour et de nombreux facteurs : l'alimentation, les facteurs digestifs et infectieux surajoutés agissant tantôt pour, tantôt contre le développement de l'enfant.

Parmi les 43 hypotrophiques traités : 38, dont la croissance était plus ou moins retardée et dont la courbe était stationnaire, ont augmenté mensuellement dans les proportions suivantes :

Jusqu'à 6 mois : 250 à 709 gr.

(accroissement normal, 750 à 550 gr.).

De 7 mois à 11 mois : 338 à 663 gr.

(accroissement normal, 500 à 300 gr.).

De 12 mois à 21 mois : 230 à 960 gr.

(accroissement normal, 250 à 200 gr.).

De 21 mois à 2 ans $1/2$: 334 à 625 gr.

(accroissement normal, 200 à 80 gr.).

Il est intéressant d'observer que l'importance de l'accroissement mensuel est indépendant de l'âge. Un hypotrophique convenablement traité est susceptible de présenter des gains mensuels de 700 à 900 grammes, aussi bien dans les premiers mois de la vie, ce qui est normal à cette période d'hyperaccroissement, que beaucoup plus tard, vers 2 ans alors que la croissance est plus ralentie. Il est à remarquer que plus les hypotrophiques sont âgés,

plus ils présentent de gains mensuels anormalement élevés : à partir de 7 mois l'accroissement par mois, dans tous les cas envisagés, fut supérieur ou au moins égal aux chiffres moyens normaux.

1° Parfois (11 cas) le mouvement d'ascension de la courbe de poids est suffisamment intense pour permettre à l'accroissement, si considérable que soit le retard initial, de rentrer dans les limites fixées par les chiffres moyens des enfants du même âge ; le nourrisson quittant la Fondation avec un poids voisin de la normale, entièrement guéri de son hypotrophie.

2° L'intensité de la croissance est souvent moins grande : les gains mensuels sont encore anormalement élevés, ils restent toutefois intermédiaires aux gains mensuels d'un enfant sain de même âge et à ceux d'un enfant de même poids. L'hypotrophique ne peut regagner, en un séjour, la totalité de son retard pondéral.

3° Le plus souvent, le mouvement ascensionnel de la courbe de poids est moyen, le nourrisson a une croissance qui correspond à celle de son poids ; mais il reste, à la fin du traitement, un hypotrophique à un degré sensiblement pareil à celui qu'il présentait au début.

Dans 5 cas la croissance malgré le traitement fut stationnaire, la courbe de poids très irrégulière.

b) *Action comparative des trois éléments de la triade thérapeutique sur la croissance.* — Il est par-

ticulièrement délicat de juger, dans un traitement mixte, la part qui revient à chacun des médicaments employés. Ce jugement n'est pas sans intérêt, chaque malade étant plus ou moins sensible, ou plus ou moins tolérant à telle ou telle préparation. L'avantage du traitement mixte est précisément la possibilité d'adapter les médicaments au besoin de chaque cas particulier, d'insister sur le plus efficace au cours de la même cure ou au cours des cures ultérieures.

L'action d'un médicament est souvent retardée ; elle se fera sentir pendant une période de repos ou au cours de la médication suivante, qui s'appropriera les bons résultats constatés : à juste titre parfois, car elle aura renforcé l'action de la préparation qui l'a précédée, mais souvent aussi à tort.

Certains hypotrophiques, à croissance régulière, ont présenté des gains sensiblement pareils aux cours des différentes séries arsenicales, mercurielles et opothérapiques (observations n° XXX, XXV, XII, XXIV).

Chez d'autres, au contraire, les poussées de croissance correspondent aux cures arsenicales (observations n° IV, XXXV, XXXXI, XXXXII).

Un certain nombre de nourrissons ne sont améliorés, dans leur croissance pondérale, que lors des séries d'une deuxième cure de traitement.

2° ACTION SUR LA TAILLE.

Les retards de la croissance staturale sont rarement proportionnels aux retards pondéraux. Ils sont habituellement moindres, donnant au nourrisson l'aspect de l'hypotrophique simple. Parfois même l'arrêt de croissance ne porte que sur le poids (16 cas).

L'influence du traitement mixte sur la taille est favorable dans la majorité des cas (voir les tableaux synoptiques). Chez l'hypotrophique simple il est courant d'observer une amélioration complète de la croissance staturale, alors que l'enfant reste un hypotrophique pondéral.

3° ACTION DU TRAITEMENT MIXTE SUR LES AUTRES SYMPTÔMES.

Les effets du traitement sur les autres symptômes sont généralement manifestes. En particulier les effets sur l'état général, sur le développement psychique et sur l'apparition des mouvements.

L'état de misère physiologique que présentent les petits cachectiques (hypothrepsiques du 1^{er} degré) est plus ou moins rapidement amélioré : Le panicule adipeux se reforme, les chairs deviennent plus fermes, la peau plus souple ne forme plus de plis, le facies vieillot se modifie.

Chez les hypotrophiques avec mauvais état général, chez les bébés apathiques et indifférents, dont le visage est hébété et immobile, la langue pendan-

te et dont la tête ballotte dans tous les sens, les progrès sont très sensibles.

Souvent même, ces effets sont plus rapides que ceux obtenus sur la croissance. Au cours des premières séries arsenicales, mercurielles et opothérapiques, la croissance reste irrégulière, les gains de poids ne sont pas encore appréciables, mais l'état général est déjà très amélioré. Chez certains hypotrophiques, les retards de développement n'ont pas été modifiés par un long séjour à la Fondation et par un traitement prolongé, on observe toutefois de véritables transformations de l'état général. Le bébé s'éveille, est gai, remuant, s'intéresse à ce qui l'entoure, la tête est facilement maintenue, selon l'âge, l'enfant commence à prononcer quelques mots, il se tient seul assis, se relève, se tient debout ou commence à marcher.

L'action eutrophique du tréparsol est manifeste, elle complète l'action spécifique de ce médicament.

Vis-à-vis du développement psychique et de l'apparition des mouvements, l'opothérapie semble avoir une action particulièrement intéressante par les progrès qu'elle réalise et par la rapidité de ses effets. C'est bien souvent au cours ou après la série thyro-surrénalienne, que l'on observe les effets sur ces deux symptômes que la médication spécifique n'avait pas améliorés.

L'action du traitement sur le développement des os du crâne, sur la soudure de la fontanelle antérieure et sur l'évolution dentaire sont évidents, dans

la majorité des cas. Les lésions de rachitisme précoce sont moins nettement influencées.

Les lésions viscérales sont très inconstamment modifiées par le traitement, en particulier la splénomégalie régresse rarement d'une façon complète chez le très jeune enfant ; vers la deuxième année, sa régression spontanée est fréquente.

Les effets du traitement mixte sur la croissance et sur l'état général sont très variables dans leur apparition ; une seule cure mercurielle, arsenicale et opothérapique peut amener une modification rapide de tous les symptômes. Dans d'autres cas, ce n'est qu'après les séries de la deuxième cure que les effets sont appréciables. Il y a une véritable période d'accoutumance. La nécessité de la répétition des séries, pour obtenir des progrès satisfaisants, est particulièrement nette avec l'opothérapie. « Une seule série peut suffire à déclencher une évolution jusqu'alors stationnaire et après elle les progrès continuent régulièrement, ce sont des faits exceptionnels, dans la majorité des cas il faut plusieurs séries » (Maillet) (1).

(1) MAILLET. — L'opothérapie thyroïdienne chez certains nourrissons arrêtés dans leurs développements (Loc. cit.).

CHAPITRE VI

Considérations générales sur le traitement par voie buccale

1° REPROCHES FAITS AU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR VOIE BUCCALE.

Un traitement, par voie buccale, avec un arsenic doué d'une efficacité comparable à celle des arsénobenzènes, facilite grandement le traitement des nourrissons hérédo-syphilitiques.

Le principal reproche que l'on a fait au traitement par voie buccale est sa trop grande commodité : il supprime toute surveillance du médecin sur la conduite du traitement. Cette objection n'est pas fondée pour les enfants hospitalisés. En clientèle, on peut le plus souvent obvier à cet inconvénient grâce aux examens sérologiques et cliniques, qui ramèneront toujours les malades sous la surveillance du médecin.

Trop fréquemment les parents abandonnent le traitement de leurs enfants par les injections (et de ce fait, ceux-ci échappent à tout contrôle médical), parce que les piqûres sont trop douloureuses, trop chères et font perdre trop de temps.

Dans les formes septicémiques, devant l'évidence des signes cliniques et sérologiques, la gravité des accidents survenant chez des enfants issus de parents syphilitiques avérés, la nécessité d'un traitement par piqûres est facilement admise.

Dans les formes atténuées de la syphilis héréditaire et dans les formes larvées, chez des enfants issus de parents ou de grands-parents syphilitiques ignorés ou oubliés, la médication intra-musculaire est déjà moins facilement acceptée, et la voie buccale sera d'un précieux recours.

Chez les enfants sains en apparence, issus de parents syphilitiques ou hérédo-syphilitiques, où la nécessité d'un traitement s'impose dans certains cas, il est dans la pratique habituellement impossible de faire consentir les parents à un traitement par piqûres, en dehors de tous incidents. Par contre, l'absorption d'un médicament par voie buccale est facile à faire admettre.

Il faut enfin profondément méconnaître la mentalité, les exigences, les possibilités de la clientèle rurale et ignorer les difficultés qu'il y a à faire revenir les malades régulièrement, non seulement au cabinet du médecin, mais aussi aux consultations

gratuites, pour nier les avantages d'une méthode active par voie buccale.

Ces arguments paraîtront exagérés à ceux qui envisagent les malades des grands centres, où la généralisation du traitement de la syphilis infantile et sa systématisation ont marqué un progrès définitif. Ils ont un intérêt de premier ordre à la campagne où le médecin praticien non spécialisé, le médecin de famille, garde seul la conduite du traitement de la syphilis infantile. Le praticien isolé, dans la majorité des cas, peut-il employer systématiquement toutes les fois qu'il en reconnaît l'utilité, un traitement par des méthodes préconisées comme étant le plus efficace? Dans ces formes si fréquentes à symptomatologie fruste, qui nécessitent, au même titre que les accidents syphilitiques en évolution, un traitement actif et prolongé, se résoudra-t-il à un traitement par piqûres et pourra-t-il toujours le faire admettre aux parents?

2° L'ARSENIC PENTAVALENT PAR VOIE BUCCALE EST-IL AMENÉ A DEVENIR LE MÉDICAMENT DE CHOIX DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ?

La possibilité d'administrer l'arsenic par la voie buccale est particulièrement intéressante chez le nourrisson. Cette méthode est-elle à même de jouer un rôle comparable à la médication intra-musculaire ou sous-cutanée? Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de répondre à cette question.

Les intéressants résultats obtenus, dans le cadre bien déterminé des formes atténuées ou larvées de la syphilis héréditaire, ne nous permettent pas de conclure à l'efficacité du traitement mixte par voie buccale dans les formes virulentes.

II. Indications du traitement mixte par voie buccale

I. Le traitement mixte par voie buccale nous a donné des résultats intéressants et est indiqué comme *traitement de fond* de certaines formes de la syphilis héréditaire :

1° Les formes *larvées* ou l'hypotrophie est la seule manifestation d'une syphilis héréditaire.

2° Les formes à *manifestations atténuées*, particulièrement fréquentes au cours de la deuxième période de la première enfance (de 4 mois à 2 ans $\frac{1}{2}$) ; formes atténuées au double point de vue clinique et sérologique :

a) Ces formes peuvent être atténuées d'emblée, comme c'est souvent le cas, la syphilis ayant passé inaperçue dans les premiers mois de la vie.

b) Parfois, au contraire, elles sont secondaires à des manifestations septicémiques auxquelles un traitement d'attaque par les arsénobenzènes a été opposé ; le traitement mixte, dans ces cas, convient à titre de traitement d'entretien.

II. Ce traitement mixte par voie buccale semble, d'autre part, indiqué comme *traitement d'entretien* de 3^e ou de 4^e année de toutes les formes de la syphilis héréditaire, quelle que soit leur gravité, après les cures d'assaut arsénobenzéniques des premières années.

III. Il est le traitement d'épreuve, de choix des formes d'hérédo-syphilis possibles.

IV. Il peut rendre des services dans les cas où l'on veut instituer un traitement discret et camouflé auquel on a souvent recours dans la syphilis héréditaire, malgré les opposants convaincus du traitement camouflé, hypocrite et dangereux (1).

Si le médecin d'un dispensaire peut, dans la majorité des cas, révéler aux parents la nature du mal dont sont atteints leurs enfants, en est-il de même pour le médecin praticien. Son premier souci n'est-il pas d'éviter de faire naître le doute et le soupçon dans les foyers par des révélations inopportunes? Si c'est un devoir pour lui, en présence d'une syphilis récente des parents à l'origine de la maladie de leurs enfants, de révéler la véritable nature de celles-ci, en est-il de même lorsque la syphilis des procréateurs n'est que soupçonnée, ou lorsqu'il s'agit d'une syphilis de 2^e ou de 3^e génération, dont la preuve formelle est rarement certaine.

(1) Sur l'emploi des arsénobenzènes par voie buccale (Bull. Soc. Fec Derm. Syph., 8 nov. 1924).

V. Il est aussi le traitement de choix des enfants sains en apparence, issus de parents syphilitiques, qui sont, pour certains auteurs, justiciables d'un traitement préventif : toujours pour les uns, ou bien seulement dans certains cas pour les autres (lorsque le Wassermann de la mère est positif) (1).

VI. D'autres indications semblent judicieuses et mériteraient d'être précisées.

a) Les intolérants aux arsénobenzènes, par analogie aux cas signalés chez l'adulte par Cl. Simon.

b) Eczémas survenant sur un terrain hérédosyphilitique, par analogie au traitement buccal novarcalomel préconisé par Ravaut.

c) Aux formes septicémiques graves ou, le mauvais état général d'un enfant très infecté et peu résistant, fait craindre l'action trop brutale des arsénobenzènes.

(1) TIXIER (L.). — *Revue Médicale Française*, déc. 1925.

Conclusions

Les accidents causés par la syphilis héréditaire ne sont pas tous justiciables de la même thérapeutique.

Le traitement par voie buccale, qui présente de réels avantages chez l'enfant et surtout chez le nourrisson, est indiqué dans des cas bien déterminés : chez l'hypotrophique dans deux formes fréquentes de la syphilis héréditaire :

- 1° *Dans les formes à manifestations atténuées.*
- 2° *Dans les formes larvées.*

Actuellement, cette méthode ne remplace pas, dans tous les cas, le traitement classique par les injections d'arsénobenzène, qui reste le traitement de choix des formes virulentes, septicémiques.

La possibilité d'administrer par la voie buccale les nouveaux arsenicaux, dérivés de l'acide arsinique, qui se sont montrés doués de propriétés thérapeutiques comparables à celles des arsénobenzènes, rend cette méthode de traitement particulièrement intéressante.

Un traitement de fond, énergique, doit être opposé à ces formes à manifestations atténuées et à ces formes larvées de la syphilis héréditaire, avec des médicaments spécifiques éprouvés et dans la majorité des cas l'association arséno-mercure semble très efficace.

L'adjonction d'une médication opothérapique est, d'autre part, utile ; celle-ci *renforce* le traitement spécifique en même temps qu'elle agit sur les troubles de la croissance.

Dans ces formes on obtient des résultats intéressants par l'emploi, en cures associées, d'une véritable triade thérapeutique dont les éléments sont :

1° Le Tréparsol.

2° Le Lactate neutre de mercure.

3° L'opothérapie thyroïdienne et surrénalienne.

Cette méthode, qui doit être complétée par un traitement hygiénique et diététique minutieux, dont l'importance est capitale chez les hypotrophiques, n'a été suivie d'aucun incident et inconvénient. Elle ne saurait d'ailleurs se passer d'une surveillance médicale rigoureuse, particulièrement attentive au cours des séries arsenicales et opothérapiques.

Les résultats obtenus intéressent :

1° *Le Wassermann*, qui fut négativé après les séries d'une seule cure de traitement mixte, sept fois dans les neuf cas où la réaction sérologique était positive.

2° *L'hypotrophie* :

a) La croissance pondérale a été manifestement influencée dans 38 cas, parmi les 43 hypotrophiques soumis au traitement. Les gains de poids mensuels, parfois considérables (800 à 900 grammes chez des nourrissons de 12 à 18 mois), déterminent une amélioration importante et même définitive de l'hypotrophie après une ou deux cures de traitement ; ces gains furent toujours supérieurs ou au moins égaux aux accroissements moyens correspondant au développement normal.

b) La croissance staturale a suivi de même une évolution favorable dans la plupart des cas.

3° L'état général, l'évolution dentaire, le développement psychique et l'apparition des mouvements ont été favorablement influencés.

Cette méthode, qui fut employée comme traitement de fond des formes à manifestations atténuées et des formes larvées, semble être également indiquée pour les cures d'entretien de troisième ou quatrième année, des formes virulentes, septicémiques, après les cures d'assaut du début. Elle peut être employée enfin, lorsqu'on veut instituer un traitement d'épreuve chez le nourrisson.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie ⁽¹⁾

- H. BARBIER. — Réaction de Bordet chez les hérédosyphilitiques simplement atrophiques et sans manifestation apparente de syphilis. — *Arch. Méd. enf.*, 1919.
- BRUNETTI. — La réaction de Wassermann dans le sang des nourrissons traités par l'arsenic, le bismuth et le mercure. — *Ann. des mal. ven.*, mars 1927.
- CADENAULE. — Sur 6 cas d'hérédosyphilis traités par le tréparsol. — *Gaz. Sc. Méd. Bordeaux*, 27 juin 1926.
- CARLE. — La syphilis héréditaire larvée. — Rap. Conf. Syph. héréd., Paris, 5-7 oct. 1925.
- DUPERIE, CADENAULE, CLARAC. — Sur un cas de syphilis héréditaire précoce traité par le stovarsol. — *Gaz. Sc. Méd. Bordeaux*, 26 juillet 1924.
- DUPERIE, FAVREAU et CANTORNE. — Le traitement de l'hérédosyphilis précoce par ingestion de stovarsol et de tréparsol. — Société de Méd. de Bordeaux, Séance du 18 déc. 1925 et *Gaz. Sc. Méd. de Bordeaux*, 31 janvier 1926.
- DUVAL. — Héritéité syphilitique et eczéma. — Thèse 24.
- FLAMINI. — *La Clinica Pediatrica Modene*, 1925.
- CH. FLANDIN. — *Bull. et Mém. de Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 mars 1924.

(1) Nous ne pouvons faire figurer les nombreux travaux entrepris sur le traitement de la syphilis héréditaire. Dans ce index bibliographique nous n'indiquons que les travaux et auteurs les plus récents et ceux cités dans le mémoire.

- FOURNEAU. — *Ann. Institut Pasteur*, 1921, Tome XXXV, p. 571.
- FOURNIER, GUÉNOT et SCHWARTZ. — Recherche sur l'action curative et préventive de l'acide acétyloxyaminophénylarsinique administré par la voie digestive dans la syphilis. — *Ann. Ins. Past.*, n° 11, novembre 1922, p. 729, p. 746.
- GUILLEMOT. — Essai de traitement de la syphilis héréditaire précoce par le stovarsol. — Soc. de Pédiatrie, séance du 20 mai 1924.
- V. HUTINEL. — Syphilis héréditaire et méiopragie. — *Arc. Méd. Enf.*, 1919. — Synergie glandulaire. — *Bulletin Méd.*, déc. 1917.
- V. HUTINEL et STEVENIN. — Hérédo-syphilis et dystrophie. — *Arc. Méd. Enf.*, 1920.
- V. HUTINEL et MAILLET. — Dystrophies glandulaires et particulièrement dystrophies monosymptomatiques. — *Ann. Méd.*, Tome X, n° 2, 3, 4, 5, 6, 1921.
- V. HUTINEL. — Le terrain hérédosyphilitique : aperçu de pathologie générale et de clinique infantile, Masson, Paris, 1925.
- Les seuils infranchissables dans l'hérédo-syphilis. — *Monde Méd.*, 15 décembre 1925.
- J. LEMOINE. — Traitement de la syphilis par la voie buccale à l'aide d'un nouveau composé arsenical. — Thèse, 1926.
- LEREDDE E. — La syphilis héréditaire larvée. — Rapport à la Conférence de la syphilis héréditaire, Paris, 5-7 octobre 1925.
- LESAGE. — L'athropsie, l'atrophie des nourrissons. Ses limites. — *Paris-Méd.*, 6 décembre 1913.
- Essais sur les atrophies du nourrisson. — *La Méd. Inf.*, fév. 1924.

- LESAGE et Mlle KOURIANSKI. — Note sur la débilité et sur l'atrophie congénitale syphilitique et leur traitement. — *Le Nourrisson*, juil. 1919 p. 83.
- LEMAIRE H. — Le traitement de la syphilis héréditaire du nouveau-né et du nourrisson. — *Le Nourrisson*, n° 1, janv. 1926 et Rap. Conf. Syph. héréd., Paris, 5-7 octobre 1925.
- LEVADITTI-NOVARRO-MARTIN. — *Annales Inst. Past.*, n° 11, novembre 1922.
- MAX LÉVY. — Etudes sur les cachexies des nourrissons. — Thèse, 1926.
- MARFAN. — Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons. — *Presse Méd.*, 25 avril et 5 mai 1923.
- Athrepsie. — *Presse Méd.*, 1896.
- Le traitement de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson. — *La Pédiatrie pratique*, 15 juin, 25 juin, 4 juil. 1925.
- M. MAILLET. — L'opothérapie thyroïdienne chez certains nourrissons arrêtés dans leur développement. — Soc. Pédiatrie de Paris, 21 fév. 1922.
- MOURIQUAND et H. LEMAIRES. — Etat de dénutrition de la première enfance. — Réu. l'ass. franç. Péd., 9 novemb. 1925.
- NICOLAS et GATE, ANDRÉ LÉRI et BARTHÉLEMY. — Les troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique. — Congrès de Bruxelles, 1926.
- NOBÉCOURT. — Des hypotrophies et des cachexies des nourrissons. — *Arc. Méd. Enf.*, XIX, 1916.
- Considérations sur les cachexies des nourrissons pendant les premiers mois de la vie. — *Arc. Brasil. Méd.*, VI, n° 11 et 12, nov. et déc. 1916.
- Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse, Flammarion, 1923.

- Etude clinique des hypotrophies de l'enfance. — *Monde Méd.*, 1925.
- Troubles de la nutrition et de la croissance, Masson, 1926.
- Précis de Médecine des Enfants, Masson, 1926.
- L'opothérapie thyroïdienne à hautes doses dans les états de dénutrition et d'athrepsie des nourrissons. — *Lec. cliniques* du 12 mars 1927. — *Concours Méd.*, 5 juin 1927.
- NOBÉCOURT et BONNET. — Réaction de Bordet-Wassermann et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation. — *Presse Méd.*, 20 oct. 1920.
- NOBÉCOURT. et LEBÉE. — Hypotrophie de la première enfance et syphilis congénitale. — *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, sept. 1925 et Conférence de la syphilis héréditaire, Paris, 5-7 octobre 1925.
- NOBÉCOURT et MAX LÉVY. — *Société de Pédiatrie*, 9 février 1926.
- NOBÉCOURT et M. MAILLET. — Thérapeutique du nourrisson, 2^e édition 1927, Maloine.
- PARROT. — *Athrepsie*, 1897.
- PÉHU (M.). — Le traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et de la première enfance. — *Rapp. Conf. Syph. héréd.*, Paris, 5-7 oct. 25.
- PÉHU (M.). — Sur la syphilis congénitale de la première enfance. Etude clinique et thérapeutique. — *La Médecine*, 1925.
- P. RAVAUT. — L'action des traitements antisiphilitiques sur l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec des phénomènes de désensibilisation. — *Soc. Méd. Hôp.*, 13 oct. 1922.
- CLÉMENT SIMON, RABREAU et BRALEZ. — Essai de traitement de la syphilis par le tréparsol. — *Bull. Soc. f. de Derm. et de syphilis*, 8 nov. 1923.

CLÉMENT SIMON et FLANDIN. — Soc. Méd. Hôp. Paris, mars 1925.

CLÉMENT SIMON. — Questions actuelles de syphiligraphie, Paris 1926, Legrand.

— Sur la syphilis héréditaire et son traitement. — *Bull. Méd.*, 9 et 12 décembre 1925.

J.-W. SIMPSON. — *British Med. Journal*, 30 avril 1910.

L. TIXIER. — Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile. — 4^e Congrès des pédiatres de Langue Française, 29 et 30 sept., 1^{er} oct. 1924.

L. TIXIER et MAILLET. — A propos du traitement de la syphilis héréditaire chez le nourisson. — Soc. Péd., juin 1925.

Table des Matières

	Pages
INTRODUCTION	13
CHAPITRE I. — Le traitement mixte par voie buccale.....	19
I° — Médications } Médication arsenicale.....	22
spécifiques } Médication mercurielle.....	27
II° — Médication opothérapique.....	29
III° — Le traitement mixte.....	35
CHAPITRE II.	
I°. — Les hypotrophiques hérédo-syphilitiques de la fondation P. Parquet.....	39
II°. — Les cas traités par la voie buccale.....	43
III°. — Considérations générales sur le traitement....	44
CHAPITRE III.	
I°. — Posologie } Médication arsenicale.....	48
} Médication mercurielle.....	50
} Médication opothérapique.....	50
II°. — Tolérance } Médication arsenicale.....	52
} Médication mercurielle	56
} Médication opothérapique.....	56
III°. — Conduite du traitement. — Sa durée.....	57
CHAPITRE IV. — Observations	61
I°. — Tableau général des cas traités....	62
II°. — Observations détaillées.....	63
CHAPITRE V. — Résultats.....	98
I°. — Action du traitement mixte sur la réaction Wassermann	98
II°. — Action du traitement mixte sur la croissance pondérale	99
a) action d'ensemble.....	99
b) action de chacun des éléments du traitement.....	103

III°. — Action sur la croissance staturale.....	105
IV°. — Action sur les autres symptômes.....	105

CHAPITRE VI.

I°. — Considérations générales sur le traitement mixte par voie buccale.....	108
II°. — Indications du traitement.....	111
CONCLUSIONS	115



IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES



